

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 221

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël ABOULKER

Né à Alger, le 24 avril 1903

Ancien interne lauréat des Hôpitaux d'Alger

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES ABCÈS
DE LA
LANGUE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël ABOULKER

Né à Alger, le 24 avril 1903

Ancien interne lauréat des Hôpitaux d'Alger

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES ABCÈS

DE LA

LANGUE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

V - AGRÉGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour es accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire		
FREY		Stomatologie
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A NOTRE MAÎTRE LE DOCTEUR HENRI ABOULKER

Chef du service d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital de Mustapha
Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine d'Alger

*Ce travail n'a de prix pour nous que
parce que vous nous l'avez inspiré.*

*Votre affection et votre bienveillance
ont fait de nous le plus reconnaissant et
le plus dévoué de vos élèves.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ALGER

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A NOTRE MAÎTRE LE DOCTEUR PAUL LE NOIR

Médecin honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

*Avec l'expression de nos sentiments
les plus respectueusement dévoués et de
notre reconnaissance pour l'enseigne-
ment si précieux qui nous a été pro-
digé.*

A NOTRE MAÎTRE LE DOCTEUR HENRI BENARD

Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*Vous avez été pour nous un maître, un
conseiller, un ami. Nous ne pourrions
jamais vous remercier assez de tout ce
que nous vous devons.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*En remerciement pour l'accueil si bien-
veillant et pour l'honneur que vous nous
avez fait en voulant bien présider cette
thèse.*

A NOS JUGES

A NOTRE ONCLE MONSIEUR SAUVEUR CARRUS

Professeur à la Faculté des Sciences d'Alger
Ancien examinateur à l'Ecole Polytechnique

*Votre vie unit le culte de l'honneur à celui de la science.
Qu'elle serve d'exemple à la nôtre.*

AU DOCTEUR EMMANUEL MALBOIS de Beni Saf (Oran)

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Montpellier

*Nous nous féliciterons toujours d'avoir
pu profiter des leçons de pratique médi-
cale et de charité que vous nous avez
données. Nous ne sommes pas le seul à
regretter que votre modestie vous ait
éloigné de l'enseignement.*

A NOTRE ONCLE LE DOCTEUR ALBERT ABOULKER

AU DOCTEUR FERNAND MORALI

AU DOCTEUR PAUL SUDAKA

Ancien chef de clinique à la Faculté d'Alger

*En remerciement pour leurs conseils et
leur affectueuse sollicitude.*

A MES CONFÉRENCIERS : FERNAND LAYANI
LOUIS JUBÉ
PIERRE JOURDAN
JEAN LENÈGRE

A MES COLLÈGUES : LÉON SCHEBAT
HENRI NOUCHI

*Qui furent les amis des bons et des
mauvais jours.
En souvenir de nos années d'Internat*

A MES FRÈRES

A MES AMIS : RAOUL TABET
GILBERT ABOULKER
GEORGES DARMON
PAUL ABOULKER
JEAN WALTZ

LES ABCÈS DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Les abcès de la langue se rencontrent assez rarement dans la pratique courante. Chez l'adulte la statistique de notre maître Henri Aboulker montre une douzaine de cas sur 50.000 consultants. Chez l'enfant, E. Santi signale un cas qui fut le premier observé sur les 50.000 enfants qui consultèrent à sa Polyclinique.

Cette rareté explique pourquoi on néglige souvent leur étude et que les nombreux auteurs qui en ont publié des observations l'ont fait parce qu'ils étaient frappés de cette forme si spéciale de ce qu'on appelle les glossites.

La plupart d'entre eux n'en ont publié qu'une observation ou deux suivies de commentaires sur la pathogénie et le traitement de cette affection.

Les uns, et non des plus anciens, se contentent de citer respectueusement les classiques de la médecine. C'est ainsi que l'on peut trouver rapportées dans des travaux relativement récents les observations les plus controuvées sur des glossites attribuées à des causes vraiment extraordinaires. Les traitements moyenageux ont survécu presque jusqu'à nos jours et il n'y a guère plus d'un demi-siècle, on usait couramment de sangsues placées directement sur la langue et de saignées de la veine ranine.

Enfin dans les thèses françaises parues depuis un siècle

que nous avons pu consulter pensant y trouver un reflet de l'enseignement contemporain, il faut retenir celles de Viollaud, Bojensky, Caulier et Duperrier qui apportent des considérations intéressantes et personnelles sur la question, beaucoup d'autres auteurs se sont contentés de copier avec une sournoise ardeur les traités des classiques et les ouvrages de leurs prédécesseurs.

Les abcès de la langue ont fait depuis quelque temps l'objet de nouveaux travaux qui ont remis la question au point et qui ont précisé tous les détails de pathogénie, d'anatomo-pathologie et de traitement. Il nous a paru intéressant de faire une revue générale et de rassembler toutes les choses excellentes éparses dans des observations très nombreuses et chez des auteurs très divers. Nous avons fait notre possible pour lire tout ce qui a paru en français sur la question. Notre bibliographie, forcément incomplète, ne comprend que les auteurs que nous avons lu et dont nous avons lu les extraits dans d'autres ouvrages. Nous n'avons pas jugé utile de rapporter toute la bibliographie citée dans les ouvrages spéciaux.

Les abcès de la langue par l'allure souvent dramatique qu'ils affectent, le traitement d'urgence qu'ils imposent méritent une étude qui cherche à fixer leur individualité clinique et qui précise le traitement à suivre.

Notre travail a été inspiré par la communication que notre excellent ami le Dr Paul Sudaka fit en 1927 au Congrès pour l'avancement des sciences sur les conseils de notre maître H. Aboulker.

Il publia sept observations recueillies soit dans le service du Dr Henri Aboulker, soit dans sa pratique privée.

Il fut un des premiers à signaler pour les abcès de la langue, le signe de l'amarre décrit par Sébilleau pour les tumeurs malignes de cet organe, signe très important pour le diagnostic d'un abcès de la langue et sur lequel notre

maître Henri Aboulker avait depuis longtemps attiré l'attention de ses élèves dans son enseignement oral.

Un très intéressant travail sur les abcès de la langue a paru en 1923 dans la *Revue de Chirurgie* sous la signature de Dunet et Michon.

Cet article publié dans un journal spécialisé n'a pas certainement eu auprès du public médical le retentissement qu'il méritait. Cependant les abcès de la langue sont vus d'abord par le médecin praticien, souvent isolé et qui ne peut espérer trouver, même dans les cas les plus urgents, le secours et les conseils du spécialiste ou du chirurgien.

Les traités classiques font de l'abcès de la langue une affection purement chirurgicale et qui semble nécessiter une véritable intervention. Seuls quelques laryngologistes ont insisté sur la facilité du traitement par les voies naturelles avec l'instrumentation chirurgicale la plus réduite sans le secours d'un aide et d'un anesthésiste.

Ils ont fait justice de l'exagération de la gravité immédiate de l'affection et de la fréquence des complications graves ou mortelles. La trachéotomie envisagée il y a un demi-siècle comme une intervention souvent pratiquée d'urgence à cause des œdèmes inflammatoires n'est plus qu'un souvenir. Le traitement précoce agit assez énergiquement pour qu'on n'ait pas à l'entrevoir. Les auteurs anciens comme modernes insistent sur la disparition presque instantanée des symptômes les plus dramatiques dès que le pus s'est écoulé.

Nous allons tâcher de fixer l'individualité clinique de l'abcès de la langue ou plus exactement de ses formes cliniques et de le dégager des autres formes de glossites avec qui il a été longtemps accolé dans un cadre nosologique périmé.

Nous n'apportons aucune notion nouvelle et on nous excusera des emprunts que nous avons été forcés de faire à des articles récents.

Il y a des choses qui ont été si bien dites une fois pour toutes que de les dire autrement serait en obscurcir le sens.

S'il est des points que nous avons pu élucider nous répéterons avec l'un des premiers auteurs d'une thèse sur cette question :

« Mais depuis que l'esprit d'analyse a imprimé à l'étude de la médecine une direction sensée, les raisons morales ne sont pas même des demi-preuves et les auteurs les plus systématiques avouent ingénument que, bon gré, mal gré, il faut consentir à ignorer quelque chose » (Viollaud, Thèse Paris, 1815).

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Sans nous attarder à examiner une à une toutes les hypothèses envisagées par les classiques de la médecine et dont quelques-unes sont intéressantes puisqu'elles éclairent sur l'évolution des doctrines médicales, nous ne retiendrons en dehors des formes d'abcès de la langue dues à un traumatisme incontestable, les formes dites *à frigore* par les auteurs et quoique cette dénomination soit très décriée, elle unit dans un même cadre les glossites survenues sans aucune cause apparente et les glossites profondes aiguës, que nous pourrions appeler de voisinage et qui sont vraiment des glossites *à frigore* puisque elles surviennent le plus souvent après une angine aiguë ou un coup de froid.

À ce terme de glossite trop vague et trop général, nous préférons celui d'abcès de la langue, puisque seuls les abcès de la langue ont une entité anatomique vérifiée, alors que pour toutes les autres manifestations aiguës on en est réduit à des hypothèses.

Nous étudierons ici les abcès de la langue et pour ce qui est des autres formes de la glossite nous les décrirons pour faciliter le diagnostic des suppurations de l'organe.

ABCÈS DE LA LANGUE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

1^o *Agents traumatisants.* — Les abcès de la langue siègent dans la majorité des cas sur la pointe de la langue.

Comme nous le montrons au chapitre d'anatomie patho-

logique, les abcès de la pointe sont des abcès situés en plein tissu musculaire, tissu musculaire particulièrement dense, sans espaces celluloux ou lymphatiques. Les abcès sont provoqués par l'effraction de la muqueuse par un corps étranger septique qui pénètre plus ou moins profondément dans la pointe de la langue.

Cependant chaque effraction de la muqueuse linguale n'est pas suivie d'abcès, il suffit de voir le nombre d'ulcérations linguales produites par une mauvaise dentition et Viollaud disait à ce sujet dans sa thèse.

« Enfin les ulcérations produites par les aspérités d'une dent cariée. J'avoue qu'il faut toute l'autorité des auteurs pour me faire admettre que cette dernière cause suffit au développement de la glossite. Quand on compare la rareté de cette affection au grand nombre des individus atteints de la carie dentaire, n'est-on pas naturellement porté à croire que l'irritation en question ne peut être déterminante que si elle est jointe à des causes plus énergiques. »

Violland entrevoyait déjà parmi les causes adjuvantes ce qu'on attribue aujourd'hui à l'augmentation de virulence des microbes saprophytes de la bouche.

Les maladies constitutionnelles et surtout le diabète sont invoquées comme causes adjuvantes. On trouve citée partout la goutte, encore qu'aucune des nombreuses observations que nous avons lu en dehors de celles publiées plus loin n'invoque cette cause.

Les agents traumatisants sont très variés et nous parlerons d'abord des plus fréquents, c'est à dire des dents.

Les lésions dentaires sont très fréquemment à l'origine des abcès de la langue et justement parce qu'elles sont une cause d'irritation chronique et entretiennent des ulcérations souvent petites pendant un temps très long. Il suffit alors qu'une cause quelconque provoque une recrudescence de la virulence des microbes saprophytes de la bouche pour qu'un abcès se forme.

On verra plus loin dans le chapitre des observations combien de fois les ulcérations produites par les lésions dentaires sont invoquées. Et même plus ; on a vu des lésions dentaires produire successivement une angine de Ludwiz et quelques mois plus tard un abcès de la langue ; chez un autre malade une infection gingivale localisée dans le capuchon muqueux d'une dent de sagesse a produit une tumeur inflammatoire subaiguë du plancher de la bouche et de la langue qui en a imposé à des chirurgiens avertis pour une tumeur maligne, l'extraction de la dent fit fondre la tumeur.

En dehors des lésions dentaires, nous trouvons deux observations du Dr Sainton qui nous montre deux jeunes gens atteints de rougeole et qui firent des abcès de la langue. La propagation de l'infection se fit par les canaux excréteurs des glandes de Blandin Nühn et la virulence des microbes de la bouche pendant la rougeole suffit à expliquer cette infection ascendante.

Parmi les agents externes qui lèsent la muqueuse linguale et provoquent des abcès dans le parenchyme musculaire, il faut citer d'abord les arêtes de poisson, puis les barbes d'épi de graminée machonnées par les paysans au cours de leurs travaux et qui par hasard, peuvent en traversant la muqueuse déterminer une infection profonde.

Au cours de tentatives de suicide pratiquées en appuyant le canon de l'arme sous le menton il est arrivé que la balle aille se loger dans l'épaisseur de la langue et provoque un abcès.

Au cours d'une chute on rapporte qu'une dent se brisa et que le hasard la fit se planter dans le dos de la langue où elle fut la cause d'une collection suppurée. De même une fraise de dentiste en dérapant fit une effraction de la muqueuse de la pointe et infecta la profondeur.

Nous rapportons plus loin l'observation d'un homme pris de boisson qui se cagna dans l'obscurité contre un

mur et brisa le tuyau de sa pipe qu'il serrait entre ses dents. Les fumées de l'alcool ne lui permirent pas sur le moment de se rendre compte exactement de ce qui était arrivé. Ce n'est que quelques jours plus tard qu'en explorant un abcès de la langue on découvrit sous le corps musculaire un embout d'ambre long de 6 cm.

Signalons le cas d'un malade qui, pour avoir subi une cautérisation trop énergique de la langue fit un abcès qui fut incisé par Dupuytren (Thèse Delaporte, 1817).

Les classiques citent encore parmi les causes de glossites les piqûres d'insectes venimeux, l'irritation produite par la mastication du tabac. Toulmouche a décrit une glossite des fileuses de chanvre qui mouillaient les fils avec leur salive. On cite partout la glossite survenue chez une femme un peu simple d'esprit qui fut mordue à la langue par une couleuvre insuffisamment apprivoisée. Rapportons enfin ce passage de l'article de Breschet et Finot dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* de 1817, tome XVIII. « On lit dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* qu'un jeune paysan ayant parié avec ses camarades qu'il mâcherait un crapaud vivant et l'ayant mâché réellement fut atteint 2 heures après d'un gonflement énorme du palais, de la langue, de l'intérieur des joues et des lèvres. Ces accidents furent suivis de perte de connaissance, de hoquets, de nausées, de sueurs abondantes. De larges incisions pratiquées sur la langue même, plusieurs saignées, des évacuants sauvèrent le malade qui au bout de 15 jours se trouva parfaitement rétabli.

Deux marchands dont A. Paré rapporte l'histoire ne furent pas si heureux dans un cas semblable. Ces hommes ayant cueilli des feuilles de sauge et les ayant fait infuser dans du vin qu'ils burent, tombèrent immédiatement en défaillance, éprouvèrent des sueurs froides, les lèvres et la langue devinrent noires, ils pouvaient à peine balbutier, tout leur corps se gonfla. Ils moururent peu après. Des recherches firent connaître dit-on que la sauge qu'ils avaient

cueillie était imprégnée de bave de crapaud. Cette observation rapportée par plusieurs auteurs comme un exemple de glossite paraît appartenir à l'histoire des empoisonnements. »

Toutes ces dernières causes de glossite paraissent un peu en dehors de la question des abcès de la langue proprement dits mais nous nous garderions de les passer sous silence, tant leur extraordinaire histoire a pu frapper tous ceux qui se sont occupés de la question.

2° *Abcès de la base.* — En dehors de la pointe de la langue, l'infection peut se localiser dans le tissu cellulaire compris entre les faisceaux musculaires de la base de l'organe qui s'écartent en éventail pour aller se jeter sur leur insertion. Ces espaces cellulaires laissent passer les vaisseaux et les lymphatiques de la langue.

Lorsqu'on lit les observations des phlegmons de la base de la langue bien différents par leur histoire clinique des abcès de la pointe, on ne trouve plus dans leur étiologie des lésions traumatiques, mais le plus souvent des affections aiguës préexistantes, soit des affections de voisinage, soit des affections générales.

Parmi les affections aiguës de voisinage, citons tout d'abord les plus rares.

Princeteau rapporte le cas d'un abcès du plancher de la bouche qui fusa dans la langue. L'incision du premier suffit à drainer la collection linguale.

Nous avons retrouvé aussi l'histoire d'un abcès survenu après une fracture du maxillaire inférieur. Nous rapportons plus loin l'observation détaillée d'une fracture du crâne qui déterminait une otite aiguë, puis une parotidite aiguë, enfin un abcès de la langue (J.-L. Goodale).

La parotidite aiguë a été retrouvée dans l'étiologie d'un abcès de la langue par Zazowsky (*in Bulletin de thérapeutique*, 1844).

Les oreillons sont également donnés comme étiologie de l'affection. Mais c'est une fois de plus une assertion que les auteurs s'empruntent mutuellement. Aucune des observations que nous avons pu lire n'en parle.

Mais la cause de voisinage la plus banale, la plus constante, est l'angine aiguë, angine qui survient l'hiver à la suite d'un coup de froid. Cette angine banale s'accompagne souvent d'amygdalite cryptique, d'infection du nasopharynx.

Quelquefois on a pu noter isolée une inflammation primitive de l'amygdale linguale, inflammation pouvant aller jusqu'à la suppuration. David Craigié dans *Edinburg Medical and Surgical Journal*, 1834, lui donne une très grande importance, laissant presque au second plan, l'abcès de la langue proprement dit.

Les observations modernes complétées par l'examen laryngoscopique parlent souvent de cet amas lymphatique que l'on voit enflammé et hypertrophié dans les premiers jours d'un phlegmon de la langue. Cependant, ces amygdalites peuvent arriver à la suppuration sans que celle ci gagne la profondeur de la langue entre les faisceaux musculaires. Ce n'est donc pas un abcès intralingual. Fréquemment l'inflammation peut remonter les lymphatiques et gagner la profondeur de l'organe. Le plus souvent même, l'infection semble brûler l'étape de l'amygdale linguale et se localiser directement dans la langue. La base de la langue est le siège d'une suppuration alors que l'amygdale linguale reste indemne.

Les angines banales ne sont pas les seules à provoquer un abcès de la langue, les angines de la scarlatine le font fréquemment. La plupart des auteurs citent la scarlatine comme une cause d'abcès de la langue mais il nous semble à la lecture des observations que c'est plutôt l'angine de la scarlatine qui frappe la profondeur de l'organe comme elle en a frappé la muqueuse.

Dans les scarlatines graves, la mort survient au milieu de phénomènes infectieux généraux. La localisation linguale témoignera à l'autopsie par la gravité de ses lésions de la virulence de l'agent microbien.

On lira plus loin l'observation rapportée par Vidal d'un enfant qui mourut en quelques jours d'une scarlatine avec une inflammation suraiguë de tous les tissus de la langue, que l'autopsie mit en évidence.

La variole a été citée comme cause de phlegmons de la langue par Caulier. Il paraît que pendant le siège de Paris de 1871, on vit de nombreux cas de « glossite profonde aiguë » chez les varioleux de l'armée française.

La fièvre typhoïde pourrait également, d'après Caulier, être retrouvée à l'origine de l'affection.

La grippe semble être une cause plus fréquente que les deux dernières maladies. Déjà les anciens auteurs incriminaient la « fièvre catharrale ». Des observations récentes confirment leurs dires.

Nous citerons en dernier lieu le scorbut, d'abord parce que c'est une affection presque plus observée et surtout parce que les auteurs qui le citent le font avec trop peu de précision pour qu'on puisse être persuadé de la véracité du fait. La littérature médicale des cent dernières années n'en apporte, à notre connaissance, aucune observation.

Parmi les causes secondaires ou prédisposantes à l'abcès de la langue, il faut citer les stomatites mercurielles et bismuthiques. Les premières ont été longtemps accusées d'une façon peut-être trop systématique d'être la cause des glossites. Cependant on lira plus loin deux observations très récentes où les stomatites mercurielle et bismuthique ont été observées au moment de l'apparition des abcès.

Chez l'enfant l'abcès de la langue est trop rare pour qu'on puisse préciser quelles sont les affections qui le déterminent. Les quelques observations nous montrent ces abcès

survenant après des infections aiguës du nasopharynx si fréquentes dans le jeune âge.

Les agents infectieux retrouvés au cours des examens de pus sont les microbes banaux de la suppuration. Il ne semble pas qu'il y ait de différence entre les germes qui existent dans les abcès de la pointe et les phlegmons de la base, quoique les premiers proviennent soit des microbes saprophytes de la bouche qui sont très variés et que les seconds proviennent d'une infection de voisinage où l'on peut supposer l'existence d'un seul germe.

Les microbes les plus fréquemment trouvés sont le staphylocoque, le pneumocoque et surtout le streptocoque. Le streptocoque est presque constant dans les formes graves qui succèdent à des angines aiguës. J.-L. Goodale a retrouvé chez le même malade des streptocoques dorés et des cocci en chaînettes à l'examen direct et à l'hémoculture du streptocoque pyogène.

On a retrouvé en plus des microbes banaux, des spirilles et les anaérobies (Morestin). Il n'est pas jusqu'à l'actinomycoïse et même la tuberculose qui puissent donner un abcès aigu de la langue.

Cependant si les examens montrent la prédominance d'un agent infectieux, surtout dans les formes graves à marche rapide, il est très fréquent de rencontrer des associations microbiennes. C'est pourquoi la thérapeutique devra s'adresser de préférence aux stocks vaccins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de commencer la revue des notions d'anatomie pathologique concernant les abcès de la langue, rappelons les grandes lignes de l'anatomie de cet organe. Nous empruntons à l'excellent travail de Dunet et Michon la description et les schémas de la charpente ostéofibreuse de la langue.

La langue est un organe essentiellement musculaire. Le corps de l'organe est formé par l'intrication des fibres terminales des muscles intrinsèques et des muscles extrinsèques qui convergent et viennent se terminer en s'insérant sur la charpente ostéo-aponévrotique de la langue.

Cette charpente est constituée d'une part par une formation membraneuse disposée dans le sens frontal et située à la partie toute postérieure de la langue, elle s'insère par son bord inférieur sur le bord supérieur de l'os hyoïde et présente un bord libre sous la surface de la langue. C'est la membrane hyoglosse.

D'autre part une autre formation fibro-aponévrotique et qui porte le nom de septum lingual est disposée perpendiculairement à la précédente dans un sens sagittal, séparant les deux moitiés de la langue. Elle a une forme de faux et présente un bord postérieur inséré sur la membrane hyoglosse et une extrémité libre dans la pointe. Enfin le tissu cellulaire du derme de la région dorsale de la langue présente du fait de ses insertions musculaires qui se font sur lui une texture particulièrement dense et serrée si bien

qu'il s'individualise et a été décrit sous le nom de fascia lingual.

Ces différents éléments contribuent à cloisonner quoiqu'imparfaitement le corps de la langue. Les deux moitiés sont ainsi séparées par le septum et la muqueuse du corps et de la base est plus ou moins isolée des masses muscu-

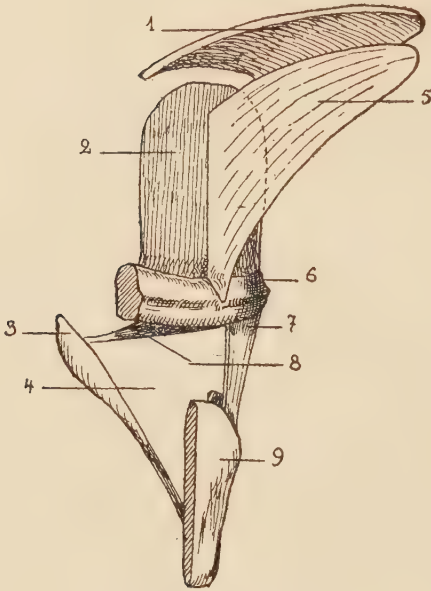


Fig. 1. — Schéma de la charpente fibro-aponévrotique de la langue. — 1, Fascia lingual ; 2, Membrane hyo-glossienne ; 3, Epiglottis ; 4, Loge thyro-glosso-épiglottique ; 5, Septum lingual ; 6, Os hyoïde ; 7, Membrane hyo-thyroïdienne ; 8, Membrane hyo-épiglottique ; 9, Cartilage thyroïde sectionné.

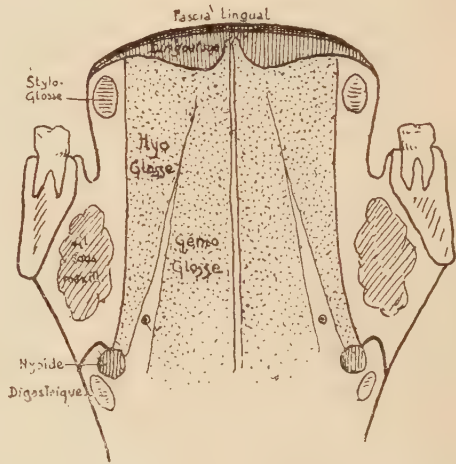


Fig. 2. — Schéma d'une coupe frontale de la langue au niveau de la portion moyenne. Il existe trois travées fibreuses : le septum médian et les deux travées de l'artère linguale entre hyo-glosse et génio-glosse.

lares sous-jacentes par le fascia lingual et la membrane hyo-glosse.

Au point de vue histologique ces formations sont constituées par du tissu cellulaire dense à mailles serrées du type fibreux.

En dehors de ces éléments le tissu cellulaire de la langue

est disposé en travées extrêmement minces et tenues qui forment les cloisons interfasciculaires et du fait de l'intrication des muscles, il n'existe presque pas de cloisons intermusculaires.

La seule qui soit visible macroscopiquement sur une coupe frontale de la langue à sa partie moyenne (fig. 2) est une cloison séparant le muscle hyoglosse du muscle génio-glosse. C'est elle qui suit l'artère linguale. Elle apparaît comme une trainée blanchâtre obliquement dirigée de bas

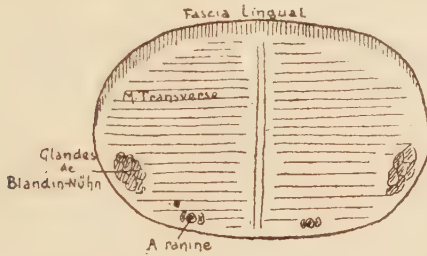


Fig. 3. — Schéma d'une coupe frontale de la langue au niveau de la pointe. Il n'existe plus qu'une travée cellulaire dense : le septum médian.

en haut et de dehors en dedans et se perdant dans l'épaisseur des corps musculaires sans rejoindre le septum lingual. Par contre une coupe frontale de l'organe au niveau de sa pointe (fig. 3) montre que l'organe est uniquement musculaire, divisé en deux parties égales par la ligne blanche du septum.

La rareté du tissu cellulaire est à mettre en évidence. Elle a été signalée par de nombreux auteurs.

Les espaces cellulaires communiquent néanmoins avec les espaces cellulaires voisins. C'est ainsi que la travée principale de l'artère linguale, en suivant le vaisseau, rejoint les espaces cellulaires du cou, quant aux loges amygdaliennes, thyroglosso-épiglottiques, elles sont beaucoup plus isolées de la loge linguale et il n'existe pas de points

de passage de l'une à l'autre. Toutefois on a signalé des abcès de la langue qui étaient de simples prolongements d'abcès de l'amygdale palatine ou du plancher de la bouche (Princeteau), on a signalé des fusées dans l'espace rétro-pharyngien et le long des vaisseaux du cou, au cours de l'évolution d'abcès linguaux.

Lymphatiques. — Le réseau lymphatique est développé au maximum sur le dos de la langue où il est si fin et si serré qu'on ne peut en distinguer sa trame même à la loupe.

Le réseau de la face ventrale de la pointe de la langue est également très développé, il s'anastomose largement avec celui du dos par les lymphatiques des bords. Les vaisseaux lymphatiques de la base et du V lingual sont nombreux mais moins serrés et de gros calibre. L'anastomose entre les vaisseaux de la pointe et de la base semble difficile à montrer. Une injection pratiquée dans les lymphatiques de la pointe atteint difficilement ceux de la base et Rouvière explique ce fait par la différence d'origine embryologique de la pointe et de la base. Cependant des lymphatiques superficiels de la pointe portent quelques vaisseaux collecteurs qui en se rendant aux ganglions traversent la base. Leur trajet est coupé de petits relais ganglionnaires. Les lymphatiques se déversent dans des ganglions d'autant plus bas situés que leur origine est plus antérieure. Aux lymphatiques de l'extrême pointe correspondent les ganglions sous-mentaux. Ceux de la pointe vont aux ganglions sus homo-hyoïdiens, ceux de la partie moyenne aux ganglions situés en avant de la loge sous-maxillaire. Quant à ceux de la base, ils vont aux plus internes de la chaîne jugulaire interne. Une formation composée d'amas lymphoïdes clos se trouve au-dessus du sillon glosso-épiglottique, c'est l'amygdale linguale.

Enfin l'appareil glandulaire, dépendance de la muqueuse

linguale, est représenté par un grand nombre de glandes salivaires qui se groupent en différentes régions. C'est ainsi que derrière le V lingual au dehors de l'amygdale, elles sont volumineuses et leur canal excréteur tombe soit à la surface libre, soit dans la cavité des follicules de l'amygdale.

Sur les côtes une trainée continue forme le groupe important des glandes de Weber, enfin à la face inférieure plus près de la pointe, se détache la glande de Blandin-Nühn.

Nous attirons l'attention sur un fait, c'est que si beaucoup de formations glandulaires sont de simples diverticules de la muqueuse, situés immédiatement au-dessous d'elle, il y a des régions où les glandes s'enfoncent beaucoup plus profondément et ont une situation intramusculaire. C'est ainsi que les glandes de Weber et de Blandin-Nühn sont des organes relativement profonds.

Nous distinguerons à cet ensemble musculaire complexe deux parties :

L'une très mobile, de nature purement musculaire, composée d'une intrication très serrée de fibres musculaires, sans espaces cellulaires, avec de rares lymphatiques profonds, engainée dans une muqueuse épaisse et intimement adhérente à la pointe de la langue.

Nous pourrions limiter macroscopiquement la pointe de la langue à la partie qui peut être amenée hors des arcades dentaires par la protusion de l'organe et qui correspond aussi à la partie située en avant de la dernière grosse molaire, autrement dit la partie horizontale de la langue. Cette partie mobile, partie vraiment fonctionnelle, est la plus exposée parce que les agents traumatisants qui peuvent léser la langue la rencontrent en premier.

D'après notre définition, la partie moyenne sera comprise avec la base. Cette partie appelée aussi corps de la langue se comporte fonctionnellement comme la base. D'ailleurs s'il est difficile anatomiquement d'opposer rigoureusement la pointe à la base sans zone intermédiaire, il est au con-

traire très commode de le faire cliniquement afin de ne pas multiplier à plaisir les formes anatomo-pathologiques de l'abcès lingual.

La base sert d'appui à l'effort musculaire. D'une section plus étendue, d'une hauteur plus grande, elle a la forme d'une pyramide tronquée à quatre faces dont deux seraient étroites et sont appelées les bords de la langue et dont les grandes faces sont l'une dorsale et correspondant au carrefour aérodigestif, l'autre antérieure et répondant à la partie postérieure du plancher de la bouche. Son grand axe fait avec celui de la pointe un angle droit ouvert en avant.

Les faisceaux musculaires qui sont fortement intriqués dans la pointe comme les fils d'un câble, ont dans la base la disposition que prendraient les fils de ce câble quand celui-ci se défait à un bout en ses brins initiaux. Les faisceaux musculaires s'écartent ainsi pour aller à la recherche de leurs insertions postérieures en laissant entre eux des espaces comblés par du tissu cellulaire et des lymphatiques. Il existe ainsi dans la base un système lymphatique très complet sur lequel Caulier, Saënz, Thébaud ont déjà insisté dans leur thèse. Nous pourrions comparer la base de la langue à un véritable organe lymphoïde, doublé d'ailleurs à sa partie superficielle par l'amygdale linguale.

Le premier, David Craigie, attribua en 1834 les abcès de la langue aux infections de l'amygdale linguale.

Les collections suppurées qui se produisent dans la langue siègeront d'après notre classification soit dans la pointe, soit dans la base.

Yver a déjà adopté cette classification dans un article publié dans les *Archives de Médecine navale* (1926, p. 111). Il oppose les abcès de la pointe qui sont bénins aux phlegmons de la base qui sont d'allure plus grave.

1^o *Abcès de la pointe.* — L'abcès de la pointe est produit comme nous l'avons vu par l'effraction de la muqueuse, par

un corps étranger septique ou par l'inoculation à travers une brèche de la muqueuse, accidentelle (par suite de lésions dentaires) ou anatomique (canal excréteur d'une glande) d'un microbe saprophyte de la bouche qui passe par une phase de plus grande virulence.

Cet abcès est toujours relativement profond situé dans le tissu musculaire dense de la pointe. Ceci explique la formation d'une loge bien limitée, tendue par le pus, donnant classiquement la sensation d'un noyau dur. La tension de la poche explique les douleurs violentes, qui passent par des périodes de recrudescence et qui s'irradient dans tout l'organe. Souvent même il y a plusieurs petites loges purulentes (Dunet et Michon). L'abcès ayant évolué tend à se faire jour vers la muqueuse qu'il soulève. Celle-ci se perce quelquefois d'un pertuis qui laisse sourdre le pus. La muqueuse est alors plus ou moins décollée de la masse musculaire.

Les abcès, une fois traités, laissent peu de traces. La poche purulente drainée s'aplatit et disparaît en quelques jours et il ne reste pour ainsi dire pas de traces de la suppuration. Il est exceptionnel de trouver à l'emplacement de l'abcès un petit noyau fibreux.

Les abcès de la pointe sont limités d'une part par la densité du tissu musculaire qui les entoure, d'autre part par le septum médian. Comme ces abcès siègent d'un côté de la langue, on les a décrits longtemps sous le nom d'hémiglossite, donnant aux formations fibreuses une part exagérée à leur limitation à un seul côté. Nous avons vu plus haut que le septum n'existe pas sur toute la hauteur et qu'il laisse passer des entre-croisements lymphatiques. La densité du tissu musculaire semble suffisant à expliquer la localisation à un seul côté et la rareté du retentissement de l'infection sur les ganglions lymphatiques.

2^o *Phlegmons de la base.* — Les phlegmons de la base siègent soit dans l'interstice entre les génioglosses (phleg-

mon médio-lingual) soit dans l'interstice où passent les vaisseaux et qui est situé entre l'hyoglosse et le génioglosse constituant ainsi la forme latérale dans laquelle on a vu quelquefois des fusées purulentes se faire vers les vaisseaux du cou.

Cependant quand il y a une suppuration de la base, il est difficile de préjuger de son siège exact d'abord à cause de la difficulté de l'examen et ensuite à cause de la tuméfaction de l'organe qui est telle qu'on ne peut juger de quel côté elle prédomine.

Seuls les signes de compression, la sensation d'enflure et de gêne plus marqués d'un côté, les élancements douloureux prédominant vers une oreille ou vers l'autre font faire le diagnostic du siège.

Quelles sont les réactions des tissus qui composent la langue lorsqu'il s'y produit une suppuration ? La bénignité de l'affection est telle que les examens anatomopathologiques sont rares.

Pour les abcès de la pointe, toujours bénins, nous nous en rapporterons à Dunet (*Revue de Chirurgie*, 1923) qui en curetant la paroi de l'accès a ramené des « débris constitués par du tissu connectif lâche infiltré de cellules inflammatoires polynucléaires en état de chromatolyse ».

Les phlegmons de la base lorsqu'ils sont consécutifs à une lésion banale de voisinage, et constituent une sorte de métastase dans les lymphatiques et le tissu cellulaire de la langue, paraissent être nettement localisés au tissu conjonctif sans que le tissu musculaire soit atteint par la suppuration. En effet on peut expliquer la paralysie de la langue par l'irritation de ses nerfs. La rapidité avec laquelle les muscles retrouvent leur contractilité dès que le pus s'est écoulé prouve que leur parenchyme n'est pas atteint par la fonte purulente. Ce n'est que dans les cas graves que les muscles sont atteints et nous pourrions appeler ces cas non plus phlegmons de la langue mais panglossites.

Ils ont toujours succédé à des maladies graves et c'est le plus souvent d'affections suraiguës à streptocoques qu'il s'agit. Les examens anatomo-pathologiques furent rarement faits et le plus connu est celui de Sabrazès et Bousquet. Il s'agissait d'une femme morte d'une septicémie puerpérale à streptocoque et chez qui il y eut, entre autres localisations de l'infection primitive, une réaction inflammatoire très marquée de la langue. Cette inflammation n'eut pas le temps d'évoluer jusqu'à la suppuration. La malade fut emportée au troisième jour.

« Les fibres dissociées ont conservé leur striation habituelle. Mais malgré la netteté de ces stries, on constate un début de dégénérescence grasseuse. Le long de chaque fibre se trouve des gouttelettes grasses rangées autour des noyaux. Ceux-ci sont volumineux et en voie de multiplication. La trame conjonctive qui sert de ciment à tous les éléments de la langue a presque entièrement disparu. Elle n'est plus représentée que par de rares fibres élastiques et quelques faisceaux fibreux grêles. Entre ces éléments qui constituent l'organe on en trouve d'autres qui l'ont dissocié et refoulé. Ces éléments migrants sont composés de la façon suivante. Ils ont un noyau énorme, contourné, étranglé ; autour de ce noyau existe un fin liséré de protoplasme. En plus de ces éléments, on trouve des cellules fusiformes grêles en voie de multiplication et des mastzellen mais en petit nombre. On ne rencontre pas d'éosinophiles. »

J. L. Goodale rapporte dans *Annals of Gynecology and Pediatrics* (mai 1899) deux observations de phlegmons de la langue suivis de mort. La première compliquait une otite purulente consécutive à une fracture du rocher, la seconde à une néphrite aiguë.

L'examen histologique ne fut pas fait. L'auteur insiste sur les lésions des muscles de la langue.

« Les portions inférieures des muscles de la langue étaient

gris jaunâtres, noirâtres par place. Les muscles sublinguaux attachés à l'os hyoïde étaient aussi grisâtres et noirâtres, parsemés de stries rouges. »

Dans l'autre cas « on trouva sur une petite surface des stries jaunes foncées ».

Ces lésions macroscopiques semblent bien être du même ordre que celles trouvées par Sabrazès et Bousquet.

Cependant, ces observations de glossite généralisée à la muqueuse, au tissu cellulaire et aux muscles sont heureusement l'exception.

Au cours des suppurations de la profondeur ou des réactions inflammatoires de la langue observées en dehors des abcès, l'énorme hypertrophie de l'organe semble être due à la stase lymphatique.

En effet, les scarifications de la muqueuse pratiquées longtemps pour tout traitement laissent écouler une très grande quantité de sérosité et amènent une diminution presque instantanée du volume de l'organe.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

On entend sous le terme de glossite les inflammations de la langue.

On les distingue en aiguës et chroniques, en superficielles et parenchymateuses.

Comment peut-on conserver un terme aussi obscur puisqu'il définit les inflammations d'un complexe anatomique extrêmement différent ?

La langue, en effet, outre sa muqueuse épaissie, percée de nombreux orifices glanduleuses et où siège l'organe du goût, comprend un ensemble musculaire compliqué et au milieu de ce tissu musculaire des espaces cellulux qui contiennent des glandes d'un volume appréciable et des amas lymphatiques bien développés.

Les termes de glossite parenchymateuse, de glossite profonde aiguë, de macroglossite aiguë, de glossocèle sont également obscurs.

En effet, les auteurs qui ont publié et écrit sur ces sujets n'entendent souvent pas dans le même terme des faits cliniques et anatomo-pathologiques rigoureusement identiques. La manie des appellations grecques et latines obscurcit les faits médicaux les plus simples. Alors qu'il était très simple d'appeler abcès de la langue des suppurations aiguës de la profondeur de l'organe, on s'est obstiné jusqu'au début de ce siècle à les appeler glossites aiguës, parenchymateuses ou non préjugant ainsi de leur nature anatomique.

C'est pourquoi partant de l'étude des abcès de la langue, c'est-à-dire des inflammations aiguës et suppurées situées au-dessous de la muqueuse de l'organe, nous avons laissé du même coup de côté les lésions de la muqueuse et nous étudierons au diagnostic les affections qui ont des symptômes similaires sans être de nature microbienne.

1° ABCÈS DE LA POINTE DE LA LANGUE.

Nous avons défini ce que nous entendons par abcès de la pointe de la langue. C'est le plus souvent un abcès bien limité situé en plein tissu musculaire de la pointe et consécutif à l'effraction de la muqueuse par un agent traumatisant.

La douleur au point blessé est variable, souvent minime, la porte d'entrée insignifiante. Quelquefois le lendemain, mais le plus souvent au bout de 2 ou 3 jours, d'autres fois 8 à 10 jours après à l'occasion d'un coup de froid ou d'une fatigue, le blessé sent sa langue endolorie, maladroite. Elle lui apparaît comme raidie, cartonnée ayant perdu sa facilité d'évolution.

La température s'élève, elle se maintient entre 38 et 39, dépassant rarement ce degré.

Dans les jours qui suivent, les phénomènes fonctionnels s'exagèrent, la langue est douloureuse, tuméfiée du côté blessé, épaissie jusqu'au double de son volume. Mais malgré les notions classiques d'hémiglossite, la tuméfaction dépasse souvent la ligne médiane, sans que le côté opposé ait cependant le même volume.

La dysphagie se joint à la glossodynie, constante pour les solides, plus tolérante pour les liquides.

Il y a des troubles du langage à cause du volume de la langue et de sa sensibilité lors des mouvements. Souvent la sensation de tension douloureuse de l'organe la rend si sensible que le malade entr'ouvre la bouche pour éviter le

frôlement des arcades dentaires et du palais. La salive s'écoule au dehors. Le malade est tourmenté par les élancements douloureux vers la base de la langue, les oreilles, la nuque. Il a l'aspect fiévreux et fatigué par cette affection qui lui ôte tout repos et tout sommeil.

Au bout de cinq à six jours, au milieu de la recrudescence des phénomènes généraux et locaux, on est arrivé à la collection de l'abcès.

A ce moment, la langue est rouge foncée, augmentée de volume, elle est plus tuméfiée du côté blessé, jusqu'au double de la normale. On y note une surélévation d'une surface variant de la surface d'une pièce de un franc à celle d'une pièce de cinq francs. Cette tuméfaction est élastique, dépressible à son centre. Elle est constituée par la muqueuse qui recouvre une cavité dissociée entre les fibres musculaires et qui est remplie de pus.

Si l'abcès n'est pas trop profondément situé dans le tissu musculaire, il arrive que le pus se fasse jour par effraction de la muqueuse ou suinte par l'orifice d'entrée.

Si le malade est vu et traité, une simple boutonnière au bistouri évacue le pus et le soulage immédiatement. Il sort une quantité de pus d'abondance variable, allant d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe. C'est du pus bien lié, jaune verdâtre ou brun chocolat, quelquefois fétide. Il arrive souvent de retrouver mêlé au pus l'agent causal de l'abcès, le plus souvent c'est une arête de poisson ou une barbe d'épi de graminée qui s'est plantée dans la langue.

L'écouvillonnage et l'exploration de la cavité montrent qu'il s'agit d'une petite cavité bien limitée. Le soir même de l'intervention sa langue reprend sa mobilité, la parole devient plus facile, la déglutition se fait même. La fièvre et la douleur ont disparu comme par enchantement. Souvent les observateurs notent : « Le malade se déclare guéri ».

Il est rare que la suppuration persiste au delà du lende-

main, au bout de 3 ou 4 jours la plaie est cicatrisée et il ne reste plus trace de la maladie.

Rarement on a noté une récurrence *in situ*.

2° ABCÈS OU PHLEGMON DE LA BASE.

a) *Forme bénigne*. — Bien plus grave est l'évolution des phlegmons de la base de la langue dans lesquels nous rangerons aussi les phlegmons médio-linguaux bien individualisés par Tedenat et qui succèdent rarement à un abcès de la pointe. Les uns et les autres sont dus à la suppuration du tissu cellulaire de la langue. Tissu mêlé de lymphatiques au point que l'infection est souvent propagée par la voie lymphatique.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre d'étiologie il s'agit de propagation lymphatique d'affection de voisinage.

Le plus souvent, il s'agit d'un adulte du sexe masculin, d'âge moyen, entre vingt et cinquante ans, qui est atteint d'une angine violente avec hypertrophie des amygdales, rougeur marquée du fond de la gorge, dysphagie.

Sa température est élevée entre 39 et 40°. A la douleur diffuse de la gorge se joint une douleur d'abord sourde et localisée dans la base de la langue. A la dysphagie habituelle des angines aiguës, s'associe de la maladresse de la langue qui gêne l'articulation des mots.

Le début des collections suppurées de la langue n'a rien qui attire spécialement l'attention vers celle-ci, ce n'est que dans les jours qui suivent le deuxième, le troisième, quelquefois plus tard que l'attention est vraiment attirée vers la langue. En effet celle-ci commence à s'hypertrophier et à la différence des abcès de la pointe qui siègent sur l'un des bords et prédominent sur un côté, l'hypertrophie de l'organe est diffuse, elle gagne rapidement la pointe et lorsqu'on voit le malade, on est en présence d'un individu à facies infecté, tourmenté par la douleur, atteint d'une dys-

phagie presque absolue qui ne laisse passer que quelques gorgées de liquide et dont l'haleine exhale une mauvaise odeur.

Le malade se plaint de ne pouvoir s'alimenter, de souffrir dans la région thyroïdienne et de sentir sa langue gênée et comprimée par les arcades dentaires au point d'empêcher l'élocution et de l'obliger à se faire comprendre par signes ou par l'écriture.

A l'hypertrophie, s'ajoute la douleur. La douleur qui au début était sourde, devient plus violente, plus continue, ne laissant pas de repos au malade, avec des phases d'exacerbation. Cette douleur est réveillée par les tentatives de déglutition. Elle s'irradie au crâne, à l'épaule, à la nuque, aux oreilles où elle s'accompagne parfois de surdité (Combiér et Murard).

Cette douleur fixe la langue, interdit tout mouvement. Elle donne la sensation d'enflure, de plénitude de la base de la langue. Il semble au malade que son gosier est trop étroit pour contenir la base hypertrophiée et que l'air va lui manquer. Si on lui fait ouvrir la bouche, on remarque qu'il existe un léger trismus, ou du moins une maladresse des mouvements du maxillaire comme si la douleur paralysait la mâchoire en même temps que la langue.

Ce qui frappe le plus, c'est l'hypertrophie de l'organe qui atteint un volume souvent double ou triple du volume normal. Le plus souvent la tuméfaction oblige le malade à tenir la bouche entr'ouverte, laissant écouler une salive épaisse. On peut apercevoir l'extrémité de la langue dépassant les arcades dentaires, quelquefois déviée d'un côté, ce qui précise le siège de la collection. L'extrémité de la langue a perdu sa forme pointue. Elle est globuleuse, tendue, comparée par Tedenat à un rein contracté ou par sa convexité. La muqueuse est souvent rouge, foncée ou violacée témoignant par sa couleur de sa congestion. D'autres fois, et surtout quand l'affection n'est pas vue au début, elle

est sèche, craquelée, recouverte d'un épais enduit blanchâtre. L'écartement des mâchoires pratiqué avec douceur montre souvent que les bords de la langue portent l'empreinte des dents.

Mais, fait capital, un doigt glissé sous la langue explore le plancher de la bouche, qui malgré l'œdème de voisinage souvent garde toute sa souplesse.

Le toucher explorateur pratiqué entre les deux index montre que la langue est très douloureuse particulièrement vers sa base. Il montrera souvent un côté plus douloureux, c'est celui vers lequel se collecte le phlegmon.

Il faut se garder de pousser l'exploration digitale plus loin que vers l'isthme du gosier, l'inflammation du pharynx tend souvent à gagner le larynx et à y provoquer de l'œdème. Ceci nous explique les très nombreux cas où l'on constate de la dyspnée attribuable non seulement à l'hypertrophie de la langue en arrière mais à l'œdème inflammatoire de voisinage.

Essayer d'explorer le cavum et surtout le sillon glosso-épiglottique dans ces conditions risquerait de provoquer un spasme laryngé toujours très grave.

Si l'on essaye de déprimer cette langue volumineuse, la pression de l'abaisse-langue réveille de violentes douleurs qui s'irradient vers les oreilles et moins souvent vers la nuque ou le cou. La prédominance de ces douleurs à un côté peut aider à localiser la collection.

La pression des régions thyroïdienne et sous angulo-maxillaire est également très douloureuse.

La palpation des ganglions du cou montrera assez souvent, mais pas d'une façon absolument constante, que les ganglions sous-maxillaires et de la chaîne jugulaire interne sont augmentés de volume et douloureux soit d'un côté, soit des deux.

Le cou est généralement empâté ainsi que la région sus-thyroïdienne et quelquefois les joues.

La dysphagie est la règle.

La langue est immobilisée dans la bouche, elle est figée, comme transfixée par la suppuration de la base. C'est un des signes les plus importants, le plus important même, puisqu'il ne manque jamais et qu'il fait faire le diagnostic. C'est l'impossibilité où est le malade de tirer la langue hors des arcades dentaires. Ce signe très important a été décrit par notre maître H. Aboulker et signalé au Congrès pour l'avancement des Sciences de 1927 par son élève Sudaka.

Non seulement la protusion active est impossible mais si l'on essaie d'attirer doucement la langue en avant on réveille des douleurs insupportables.

Actuellement les malades sont vus au plus tard à cette période d'abcès collecté. Il y a un siècle, les médecins avaient tendance à laisser faire la nature et c'est à eux que nous devons l'histoire et la description de la gangrène de la langue et des complications quelquefois mortelles où conduisaient le manque de décision de nos prédécesseurs.

Souvent la collection ne pouvant se faire jour à temps et l'œdème inflammatoire de voisinage continuant à se développer dans le riche réseau lymphatique de l'organe, créant ainsi une lymphangite généralisée, la langue prenait un tel volume que sa pointe était serrée entre les arcades dentaires.

Celles-ci finissaient par s'y imprimer et quelquefois on a signalé la chute de la pointe.

Les auteurs signalent également, presque en manière d'excuse, que les délâbrements aussi grands fussent-ils se réparaient avec une miraculeuse rapidité, ne lésant en rien la fonction de l'organe.

Cependant il est une complication plus grave que le retard à l'évacuation du pus survenant presque fatalement, constamment signalée par les anciens auteurs : c'est la dyspnée. Dyspnée si grave qu'elle amenait à la trachéotomie, et

l'on peut s'étonner à bon droit de voir des médecins qui prennent le bistouri pour traiter un symptôme sans en traiter la cause.

b) *Formes malignes.* — On a signalé en particulier (Bouisson) que les phlegmons diffus de la langue pouvaient prendre, quand ils étaient laissés à leur évolution naturelle, une allure gangréneuse avec tout le dramatique cortège que peut donner une affection gangréneuse localisée près du carrefour aéro-digestif.

Aujourd'hui ces gangrènes de la langue ne sont plus qu'un souvenir depuis que les collections de la langue sont traitées énergiquement à leur début.

Certaines formes sont plus graves et d'un pronostic plus sombre quand elles surviennent chez des débilités, des alcooliques ou des diabétiques, mais leur gravité vient du fait que les barrières locales étant insuffisantes, le malade peut périr d'infection généralisée.

Malgré tout ces cas sont extrêmement rares. Il existe, au cours des septicémies, une sorte de panglossite où tout l'organe est infiltré par l'inflammation sans qu'on puisse la localiser en un point plus qu'en un autre. C'est le cas de la malade de Sabrazès et Bousquet qui fit une véritable panglossite au cours d'une septicémie puerpérale. Mais ces cas sont exceptionnels (voir les observations).

c) *Formes limitées.* — Le phlegmon médio-lingual décrit par Kilian et par Tédénat est une sorte de phlegmon de la base de la langue qui dissèque l'espace compris entre les génioglosses et fuse ainsi vers la pointe, mais il affecte la même allure clinique que les phlegmons de la base proprement dits.

Nous dirons un mot des phlegmons limités à un côté de la langue. Ils sont signalés de tous côtés et on invoque à leur sujet la barrière du septum lingual, encore que cette barrière ne soit pas parfaite puisqu'elle ne sépare pas les

deux moitiés de la langue sur toute leur hauteur et qu'elle laisse passer des lymphatiques. Ces phlegmons unilatéraux sont des phlegmons sans gravité et de peu de volume, n'ayant aucune tendance à fuser hors de l'interstice intermusculaire dans lequel ils se sont localisés et qui est le plus souvent l'espace cellulaire entre l'hypoglosse et le génio-glosse.

d) *Formes abortives.* — Il est une forme abortive de l'abcès de la langue, si on peut appeler ainsi une affection qui n'aboutit pas à la suppuration, et pourtant il s'agit de cas où le malade a eu une inflammation de la langue d'origine microbienne indiscutable mais où toute la symptomatologie est dominée par les symptômes d'hypertrophie inflammatoire sans que l'on puisse découvrir une collection. Ces cas ne sont pas l'exception et cependant on ne peut parler d'un abcès sans pus, puisque la palpation pratiquée sur la langue ne peut confirmer le diagnostic d'abcès pour la raison qu'on n'arrive jamais sur cet organe sans consistance précise, à déterminer une zone de fluctuation, mais à avoir simplement une sensation d'empatement, Sabrazès, Parsat et Bonnet, (*Progrès médical*, 1906, p. 311) signalent le cas d'un homme qui contracta la scarlatine auprès de ses enfants, fit après l'angine une « macroglossite œdémateuse aiguë ». Toute les ponctions faites pour amener du pus furent négatives. La sérosité issue de ces ponctions ne peut ni ensemlencer un milieu de culture, ni infecter l'animal, ni montrer au microscope d'agent pathogène, et pourtant au bout de 15 jours il se forma un petit abcès qui s'évacua spontanément. : Cette forme est jumelle des érysipèles à début lingual signalés au diagnostic mais qui eux continuent leur marche extensive et gagnent les joues, la face et le cuir chevelu.

Mais alors que dans le premier cas l'inflammation frappe tous les tissus de l'organe et peut aboutir à la suppuration, dans le deuxième cas, l'érysipèle semble localisé sur la muqueuse et par gagner la profondeur.

e) *Formes trainantes*. — Nous signalerons en dernier les formes trainantes des abcès de la base.

Nous n'en avons trouvé que de rares observations et nous pourrions appeler cette forme subaiguë forme pseudo-néoplasique des abcès de la langue. Dans deux des cas l'affection traîna longtemps. La tumeur inflammatoire de la base fixait la langue, donnant ainsi le signe de l'amarre décrit par Sebileau pour les tumeurs malignes de cet organe.

Le diagnostic fut chaque fois hésitant et les chirurgiens qui traitaient les malades les voyaient dépérir à cause de la difficulté de l'alimentation et de l'infection prolongée.

La guérison survint spontanément et donna la clef du problème mais aucun signe ne pouvait faire songer à une inflammation du corps de la langue et le diagnostic de tumeur maligne venait naturellement à l'esprit à cause même de la grande fréquence des tumeurs malignes de la langue.

Chez l'enfant l'abcès de la langue a été observé très rarement et sa symptomatologie est identique à celle de l'abcès de la langue chez l'adulte. Chez le nourrisson l'affection est rarissime. Santi rapporte une observation qui est la première sur 50.000 enfants observés à sa polyclinique : le nourrisson gêné, dans sa respiration et sa déglutition, ne pouvait garder le sein et était obligé de s'interrompre fréquemment pendant la tétée. Il tenait la bouche entr'ouverte en laissant échapper sa salive. Les signes généraux étaient modérés.

L'examen montra une langue tuméfiée, douloureuse à la pression.

Le seul danger que parut courir cet enfant était celui que court tout enfant sous-alimenté.

DIAGNOSTIC

Si la première fois qu'on rencontre un abcès de la langue, on n'en fait pas le diagnostic immédiat, c'est aux dires des auteurs qui en ont vu plusieurs cas, que l'on n'y songe pas assez.

Plus tard, on s'étonne presque, d'en retrouver et de songer à une réaction inflammatoire ou suppurée chez un individu traité pour une angine.

A la période de début en dehors des cas où il n'y a pas le souvenir d'un traumatisme, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuméfaction douloureuse de la langue, il est de nombreuses affections qui peuvent débiter de la même façon, au milieu du même cortège de signes fonctionnels, douleurs dans la région hyoïdienne avec irradiation vers les oreilles, dysphagie, dysphonie, dyspnée, sans que ces affections aboutissent à la suppuration de l'organe.

Le rhumatisme articulaire aigu débute quelquefois en plus de la classique angine par une inflammation qui aboutit à l'hypertrophie de toute la langue avec les troubles ordinaires de la déglutition et de la phonation. Cette fluxion linguale signalée il y a un siècle par Franck, plus récemment par Labroue et Laveran dans les *Annales de Médecine et de pharmacie militaire* (1885) fut confirmée par le fait qu'elle fut suivie de véritables fluxions articulaires qui avaient nettement le caractère de celles de la maladie de Bouillaud.

Cette forme se range dans la forme à *frigore* des classiques.

Parmi ces formes où l'on ne trouvait pas d'étiologie connue il faut citer celle décrite par Saligue dans sa thèse sur « les œdèmes aigus localisés, multiples et transitoires » (Bordeaux, 1904).

L'auteur signale que dans certaines maladies comme l'œdème de Quincke ou même l'urticaire, il arrive de voir une brusque hypertrophie de l'organe, apparue sans cause précise. Cependant il n'y a pas le cortège de signes généraux (température, facies grippé) des suppurations de la langue et malgré la gravité des signes fonctionnels l'œdème disparaît assez vite en un jour au maximum. Dans le cas signalé il s'agissait d'un malade atteint depuis longtemps d'urticaire et qui présentait en même temps que sa glossite des vésicules types.

Saligue appelle ces œdèmes aigus « angioneurotiques ». Nous réserverons ce terme à l'affection décrite une seule fois dans la littérature et signalée par Lewis de New-York. Il s'agissait vraiment d'un œdème angioneurotique puisqu'à la suite d'une cautérisation très énergique du conduit auditif externe et de la caisse chez une malade atteinte d'otite, on vit apparaître un œdème considérable de l'hémi langue du même côté, avec des troubles fonctionnels marqués. Cet œdème dura une douzaine d'heures et Lewis l'attribue à l'irritation de la corde du tympan. Vulpian avait déjà signalé cet effet de l'excitation des nerfs de la langue qu'il avait produit expérimentalement. L'excitation du bout périphérique du lingual donne une hypertrophie de l'hémi langue qui disparaît par section de la corde du tympan. C'est la seule observation de cette affection qui mérite l'appellation de glossite angioneurotique.

Parmi les affections à début aigu qui simulent l'abcès de la langue, sans arriver à la suppuration, signalons les quelques observations d'érysipèle à début lingual et propagé ensuite aux faces internes des joues aux fosses nasales, à la face, au cuir chevelu. Ces cas sont rares et

sont intéressants à signaler parce que les auteurs qui les ont observés ont noté que la langue desquamait et présentait exactement le même aspect que la langue de la scarlatine.

L'érysipèle avait fait penser par la température, son début brusque, l'œdème considérable de la muqueuse et l'hypertrophie consécutive de l'organe à une affection suppurée de la profondeur, mais il abandonna la langue au deuxième jour pour gagner rapidement les téguments.

Nous signalerons parmi les causes de l'hypertrophie brusque de la langue, l'hémorragie intra-linguale chez un hémophile. Les auteurs qui rapportent l'observation voient la langue prendre en quelques heures un tel volume qu'elle pendait hors de la bouche. Son aspect, noir, luisant, tendu comparé par les observateurs à celui du boudin a fait penser immédiatement à un phénomène hémorragique. Il s'agissait d'ailleurs d'un malade issu d'une famille d'hémophiles et connu comme tel.

Parmi les affections qui simulent au début une collection intralinguale, signalons l'abcès de la loge thyroglosso-épiglottique qui débute assez rapidement par une douleur de la base de la langue irradiée aux oreilles, de la gêne de la déglutition et de la phonation. Cette forme d'abcès a été bien étudiée au point de vue clinique et anatomique dans la thèse de Dairea (Lyon, 1907).

Le malade tend à renverser la tête en arrière. Il y a un œdème du plancher de la bouche en fer à cheval. L'examen laryngoscopique est possible puisque la langue n'obstrue pas par son volume l'isthme du gosier. L'examen montre le sillon glosso-épiglottique comblé d'un côté ou des deux, enflammé, l'épiglotte plus ou moins basculée en arrière.

Cependant la protusion de la langue est possible et le signe élimine une affection de la langue. D'autre part, l'évolution de ces abcès est plus cervicale que pharyngienne. Les téguments sus-hyoïdiens deviennent rapidement rouges,

enflammés et sont surélevés par la collection. Celle-ci s'ouvre fréquemment à la peau.

Les abcès préaryngés qui se caractérisent par une infiltration suppurée de l'épiglotte, montrent à l'examen laryngoscopique une épiglotte rouge enflammée, en forme de museau de tanche ou de turban. Il y a de vives douleurs dans la région hyoïdienne et les troubles ordinaires de la déglutition et de la phonation. Cependant la protusion de la langue reste possible.

L'abcès de l'amygdale linguale se caractérise par la suppuration de l'amygdale linguale, sans que la langue participe à la suppuration. Le signe de protusion aide encore au diagnostic qui est confirmé définitivement par l'examen au miroir laryngoscopique.

Quant à l'angine de Ludwig, l'atteinte de l'état général et le trismus précoce en font faire le diagnostic rapide. Son allure générale est suffisamment caractéristique pour que la confusion ne soit pas possible. Il n'est pas jusqu'au mal de Bright dont les œdèmes ne puissent envahir la langue et provoquer une hypertrophie brusque de l'organe. Gandy signala à la Société Médicale de hôpitaux (12 mai 1906) le cas d'un malade atteint d'une hémiglossite survenue sans cause apparente et qui céda au régime déchloruré.

En résumé s'il est beaucoup d'affections qui par leur début ou leurs signes communs peuvent faire hésiter le diagnostic, il est un moyen qui donnera le plus souvent la solution du problème, nous voulons parler de la ponction exploratrice.

Pratiquée avec une aiguille d'un calibre suffisant, car nous l'avons vu le pus de ces collections intralinguales est toujours épais, la ponction, quand elle ramène du pus guidera le bistouri. Si elle reste négative, elle constitue un moyen de traitement car elle décongestionne l'organe et réalise en partie la dilacération recommandée par Lecène et Leriche.

Cependant il peut arriver que des ponctions blanches soient suivies de la constitution d'un abcès. Faut-il incriminer la précocité de la manœuvre, ou attribuer justement à la ponction l'ensemencement de la profondeur de l'organe ?

TRAITEMENT

Nous ne pouvons résumer ici tout l'historique du traitement et rappeler les divers procédés employés depuis l'antiquité et cependant, nous pourrions constater combien, depuis que l'ouverture précoce de l'abcès est pratiquée on ne voit plus survenir de ces complications décrites comme fréquentes. En effet, les anciens chirurgiens préféraient laisser évoluer l'affection et ne pouvaient faire une discrimination étiologique entre les glossites de nature microbienne et les glossites médicamenteuses. L'abcès de la langue était considéré comme une complication plus que comme la fin naturelle d'une inflammation de la langue (1).

Au temps où la pierre de touche du traitement spécifique pratiqué soit par les frictions mercurielles, soit par les fumigation de vapeur de mercure était justement la stomatite, la plupart des glossites semblaient relever de cette cause que les médecins du temps connaissaient bien et les suppurations de la langue leur paraissaient devoir être l'exception.

C'est peut-être pourquoi les abcès de la langue étaient également traités par les dérivatifs (Dupuytren), les ventouses à la nuque (Sencert), aux épaules (Rivière), les chapelets de sangsues placées sous le menton ou à la nuque, l'incision des veines ranines (Hippocrate) et même de la jugulaire externe !

Si l'on veut voir résumer l'historique du traitement des

1. Bouisson, *Dict. Sciences médicales*, 1868.

abcès de la langue il suffit de lire l'observation publiée par un médecin praticien, qui en écoutant la voix du bon sens, et partant du traitement symptomatique classique est arrivé, forcé par la gravité dramatique de l'état de son malade à un traitement vraiment spécifique.

On verra en lisant cette observation combien l'écoulement du pus peut soulager un malade et faire disparaître les symptômes d'une maladie qui faisait prévoir un dénouement fatal (1).

« La glossite est une de ces affections qui vu la virulence de leurs symptômes et la rapidité de leur marche sont peu favorables à l'application de la médecine expectante » (Delaporte, Th. Paris, 1817). L'opinion médicale n'a pas changé là-dessus. Nous considérerons le traitement suivant les formes de la maladie et nous insistons d'abord sur ce fait, que quelque soit la forme de l'affection on peut et on doit toujours faire un traitement par les voies naturelles.

Le traitement, outre qu'il évite des cicatrices cutanées toujours peu souhaitables, a l'avantage de ne nécessiter qu'une instrumentation très minime et de permettre à un médecin isolé de traiter efficacement une collection suppurée de la langue. En effet tout médecin possède un ouvre-bouche, un bistouri et une pince de Kocher.

Il n'est pas besoin d'anesthésiste et surtout dans les cas graves, l'anesthésie généralement est contre indiquée à cause des risques de spasmes laryngés et d'asphyxie.

1^o *Abcès à la pointe.* — Un badigeonnage à la liqueur de Bonain suffira pour anesthésier la muqueuse. Le malade est assis et après avoir placé l'ouvre-bouche, on anesthésie la muqueuse linguale par badigeonnage du côté où se trouve la tuméfaction et la collection suppurée. Une boutonnière

1. Observation n^o XXIV, Gauthier, de Charolles, *J. Méd. et Chir. prat.*, 1880, p. 499.

au bistouri sur la muqueuse, longue de 2 cm. suffit pour introduire une pince de Kocher fermée qui effondre la coque de l'abcès et qui retirée ouverte en assure la bonne évacuation.

Une petite mèche empêchera pendant 48 heures les lèvres de la plaie de se refermer. Le drainage se fait seul, les mouvements de la langue et la contraction des muscles suffisent pour exprimer le contenu de la cavité purulente.

Le lendemain de l'intervention, on vérifie au stylet ou à la curette s'il n'est pas de débris purulents dans la cavité et pour les jours qui suivent, on ordonnera des lavages de bouche à l'eau oxygénée pour favoriser la cicatrisation qui se fait toujours très rapidement, en 4 à 5 jours.

La cicatrice disparaîtra très rapidement. Il est exceptionnel de constater plus tard une nodosité ou un noyau fibreux à a place de l'abcès. La guérison parfaite est de règle.

2° *Phlegmons de la base de la langue.* — Dans ce cas, les accidents généraux et locaux sont plus graves. Les risques d'asphyxie en particulier suffisent seuls à hâter la date de l'intervention. Pendant la période de début quand l'abcès n'est pas collecté et qu'on ne peut le localiser, on utilisera les classiques antiphlogistiques, les compresses chaudes autour du cou, les gargarismes émollients.

On y adjoindra la vaccinothérapie. Plusieurs observations nous montrent que l'évolution des phlegmons est heureusement influencée par ce traitement. Soit qu'il raccourcisse la durée de la maladie, soit qu'il suffise à guérir le malade sans le secours d'une intervention.

L'observation inédite de M. le professeur Halphen (1) montre le bénéfice que peut tirer un malade de cette méthode. Dans les autres cas où le propidon fut employé les résultats ont été toujours très bons.

1. Observation n° XLVII: Abcès de la langue guéri par le bactériophage.

Mais il faut le plus souvent donner issue au pus chirurgicalement.

Là encore nous insisterons sur la nécessité d'utiliser les voies naturelles. Plusieurs de nos observations nous montrent que l'ouverture spontanée de ces abcès s'est faite par la bouche, même s'il s'agit de collections nettement localisées à la base.

On ne peut prétendre chercher un plan de clivage anatomique dans la langue.

C'est pourquoi si la tuméfaction est médiane et semble correspondre à ce que Tédénat appelle les phlegmons médiolinguaux, on fera après avoir attiré la langue au dehors dans les limites où son immobilisation le permet, une incision médiane de deux à quatre centimètres au maximum.

Si la collection est latérale, on fera une incision non pas sur la partie latérale, mais franchement sur le bord de la langue, à égale distance des faces supérieure et inférieure, à la hauteur de la dernière grosse molaire. On glissera une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon qu'on retirera ouverte et il est rare que du premier coup on ne vide pas l'abcès.

Le drainage se fait seul par la contraction des muscles de la langue. Tous les auteurs insistent sur ce fait que dès que le pus s'est écoulé la langue reprend tout de suite ses mouvements et que les troubles fonctionnels disparaissent presque instantanément.

« On ne saurait reprocher à cette incision de déterminer une stagnation de pus. Le retour rapide de la mobilité de la langue réalisant un brassage qui aide au drainage de la collection » (Sudaka).

La quantité de pus écoulé varie de cinquante à cent cinquante grammes. Le pus est toujours très fétide de couleur brun chocolat ou noirâtre. Il rappelle par son odeur le pus des suppurations périappendiculaires.

Si l'on ne peut préciser dans la grosse tuméfaction de la

base de la langue l'endroit où le pus s'est collecté, pour ne pas pratiquer des incisions inutiles, il est très facile de ponctionner avec une aiguille de vétérinaire et d'aspirer le pus à la seringue.

Cette méthode est excellente, elle a même suffi comme traitement à certains auteurs et la guérison a été obtenue de cette façon très simple. Cependant il est préférable de pratiquer une boutonnière au bistouri et de faire au pus un chemin d'un coup de pince.

Le traitement des suites opératoires est le même que celui des abcès de la pointe. On maintient pendant deux ou trois jours les lèvres de la plaie entr'ouvertes par une mèche de gaze. Les lavages de bouche à l'eau oxygénée amènent une prompte cicatrisation.

Quant aux œdèmes de voisinage qui compliquent parfois les abcès, ils disparaissent en 24 ou 48 heures.

3^e *Cas atypiques.* — En dehors des cas où l'on peut soupçonner et découvrir une collection suppurée, il est de ces énormes œdèmes de la langue, de nature si variée, qui, par les troubles fonctionnels qu'ils provoquent ne donnent par le loisir d'attendre une évolution vers la résolution ou la suppuration.

Le traitement de ces œdèmes est classique depuis longtemps. Un célèbre chirurgien hollandais nommé Job a Merken décrivit le premier en 1656 le traitement de cette affection. Dupont (*Mémoire de l'Académie de chirurgie*, t. V), Zacutus Lusitanus (livre I^{er}, observation 48, t. V) l'employèrent après lui. De La Malle redécouvrit le procédé du chirurgien hollandais (mémoire à l'Académie de chirurgie, 1732). Le procédé consiste à faire de longues incisions parallèles au grand axe de la langue, sur la muqueuse dorsale dans toute son épaisseur.

On fait généralement et suivant l'intensité de la réaction

inflammatoire 1 à 3 incisions de chaque côté de la ligne médiane.

Ces incisions profondes de 1 cm. à 1 cm. 5 semblent devoir laisser des cicatrices très visibles.

Il n'en est rien. L'organe est dégorgé de l'afflux lymphatique et diminue de volume en quelques heures. Ces incisions qui semblaient trop profondes n'intéressaient à peine que la muqueuse dont le riche reticulum lymphatique était hyperémié. Le lendemain on constate avec stupéfaction que les incisions ne sont plus profondes que de quelques millimètres. Tous les auteurs ont noté que quelques jours après il ne reste de ces incisions que de fines lignes rosées.

Cette méthode de scarification a fait des preuves du fait qu'elle a apporté un très grand soulagement et probablement évité des complications sérieuses aux malades atteints d'œdème de la langue.

Quant aux formes pseudo-néoplasiques, on ne saurait leur fixer un traitement, puisque c'est le traitement d'attente qui en a fait le diagnostic. D'ailleurs nous n'en avons trouvé dans la littérature que quelques observations, insuffisantes pour tirer des conclusions trop précises.

PRONOSTIC

Nous ne pouvons résister à l'envie de citer une fois de plus Viollaud qui commence ainsi son chapitre de pronostic.

« Une affection qui au rapport de tous les praticiens peut faire périr un malade du 5^e au 7^e jour de son invasion est toujours une maladie très grave, quelque efficaces que soient pour l'ordinaire les moyens qu'on lui oppose. Le rétablissement de la santé dans ce cas est un de ces triomphes de l'art qu'on opposerait en confiance aux niaises plaisanteries de ses détracteurs, s'il n'était pas plus raisonnable de traiter les êtres de cette espèce avec ce mépris silencieux qui fait le désespoir des sots. »

Actuellement l'ouverture précoce des abcès, la vaccinothérapie ont complètement changé l'avenir, si sombre jadis des malades atteints de suppuration linguale.

Les cas de mort qu'on peut attribuer uniquement à l'abcès n'existent pas. Toutes les observations parues depuis un demi-siècle et que nous avons lues rapportent en fin de compte la guérison du malade.

Les cas suivis de mort sont ceux où la collection linguale passait au second plan et où elle apparaissait derrière une affection générale.

Il s'agissait toujours de maladies très graves et on ne saurait accuser l'abcès de la langue d'avoir suffi en compliquant l'affection primitive à amener la mort. Ces maladies comportaient en elles-mêmes un pronostic très mauvais

et l'apparition d'une réaction suppurée de la langue témoignait comme toute métastase viscérale de la gravité de l'affection.

Si l'on passe en revue les observations des malades qui moururent on trouve comme affections primitives :

Tuberculose aiguë (Dévé);

Fièvre puerpérale compliquée de métastases multiples
(Sabrazès et Bousquet);

Fracture du rocher avec suppuration de la caisse
(Goodale);

Néphrite aiguë (Goodale);

Scarlatine (Vidal).

Nous concluerons en disant que le pronostic d'un abcès primitif de la langue est excellent et qu'une issue fatale ne saurait être envisagée dans les conditions où se présente normalement l'affection.

Les complications de l'abcès de la langue sont rares. Les fusées purulentes le long des vaisseaux du cou, les métastases viscérales sont citées pour mémoire et constituent l'exception.

Le pronostic fonctionnel, quelques soient les manœuvres opératoires est très bon. Il est extrêmement rare de voir subsister une déviation de l'organe, un noyau fibreux autour d'une cicatrice. L'affection bien traitée apparaît avant tout, malgré son cortège de signes fonctionnels bruyants, comme essentiellement bénigne.

OBSERVATIONS

Nous n'avons publié ici que les observations qui offraient un caractère intéressant par leur gravité ou par leur traitement.

Abcès d'origine traumatique.

OBSERVATION I

Tedenat (*in* thèse Saënz).

Un jeune homme de 25 ans entre dans le Service de M. le Pr Ollier le 5 novembre 1874. Il s'était tiré un coup de revolver sous le menton. Orifice d'entrée insignifiant. On enlève la balle que se trouvait sous une écaillure de la région du V lingual. Pas de réaction inflammatoire.

Dix jours après, à la suite d'un coup de froid, tuméfaction rapide et étendue de la langue, salivation, gêne respiratoire qui fit songer à la trachéotomie.

M. Ollier fit trois incisions longitudinales, longues de 4 à 5 centimètres, profondes de 15 à 20 millimètres. Lavages antiseptiques.

Au bout de trois heures, respiration facile grâce à la diminution de la tuméfaction. Guérison complète en trois jours.

OBSERVATION II

Tedenat (*in* thèse Saënz).

Un jeune homme de 22 ans s'est tiré un coup de revolver dans la région sus-hyoïdienne, le 3 mai 1886. Plaie insignifiante cica-

trisée en cinq ou six jours. Pas de tuméfaction, peu de gêne de la déglutition et de la mastication.

Le 18 mai, le malade fait par temps froid une course en voiture découverte; le lendemain matin, tuméfaction énorme de la langue qui fait saillie entre les dents, gêne respiratoire, salivation visqueuse.

M. Tedenat pratique deux incisions longitudinales de chaque côté du dos de la langue. Il s'écoule très peu de sang et beaucoup de sérosité. Il incise dans l'axe de la langue par la plaie fermée, l'explore avec le doigt. La balle est saisie non sans difficulté avec une pince. Guérison complète en huit jours.

OBSERVATION III

Tedenat (*Phlegmon médio-lingual*,
Progrès Médical, 6 mars 1926.)

En novembre 1876, je vis un malade qui, depuis quatre ou cinq jours, éprouvait quelques malaises sous la langue. Je trouvais un peu d'œdème à gauche du filet lingual où était un orifice de 2 centimètres par où la pression faisait sourdre un peu de séropus.

La sonde y fit découvrir un corps dur. Je dilatais l'orifice et retirais avec des pinces un bout de pipe en ambre long de 6 centimètres.

Quinze jours avant, rentrant un peu repu de bière et pipe au bec, le malade avait heurté de sa pipe le mur. On avait trouvé la pipe mais point le bout qui n'avait déterminé quelque gêne qu'après dix jours et c'était un tuyau de pipe fortement imprégnée.

OBSERVATION IV

Pavlos Petridis (*Bulletin et Mémoires*

de la Société d'Anatomie de Paris, p. 540, 1923.)

Jean Pit..., 38 ans.

Le première symptôme qu'il ait ressenti est une gêne de la déglutition qui s'est manifesté il y a vingt-deux jours.

Pendant les trois jours qui avaient précédé il avait mangé à chaque repas des sardines. Il localisait cette sensation de

gène à la moitié postérieure de la face dorsale de la langue vers sa base. Ce phénomène a duré huit jours sans fièvre. On pourrait considérer cette période comme la première phase de sa maladie. La deuxième phase a duré onze jours, pendant lesquels le malade a de la dysphagie et ne peut plus prendre d'aliment solide; en même temps il présentait de la salivation abondante et un certain degré de dyspnée et d'anxiété.

A l'entrée, température 38°; pouls 90.

A l'examen la langue est sensiblement augmentée de volume. Cette augmentation est nettement visible au milieu et à la moitié postérieure de ses bords. Elle est dure au toucher et très douloureuse à la palpation. Tout mouvement est douloureux et voilà pourquoi le malade la tient immobile. La parole est impossible, le malade est obligé d'écrire ce qu'il veut exprimer.

En même temps dysphagie accusée; il présente de l'anxiété et de la dyspnée.

La région sous-maxillaire droite est une peu tuméfiée mais indolore.

Au milieu ou plutôt à la moitié postérieure de la face dorsale de la langue, on peut sentir l'emplacement de l'abcès.

Opération immédiate. Incision longitudinale à peu près au milieu de la face dorsale de la langue sur l'abcès.

Issue de peu de pus, de couleur jaune-noirâtre comme s'il était hémorragique, et de très mauvaise odeur. L'odeur ressemble à celle des collections péritériques (abcès appendiculaires par exemple). Agrandissement du fond de l'abcès au doigt et nettoyage de la cavité.

Suites opératoires simples. Le même jour l'amélioration est manifeste quoique la fièvre persiste.

A partir du troisième jour le malade peut parler, la plaie suppure peu.

Sortie en très bon état le sixième jour.

Le malade est revu dix ans après son opération : la langue est parfaitement normale et la cicatrice n'est plus visible.

Cet abcès doit être probablement attribué à quelque arête de sardine.

OBSERVATION V

Yver (*Archives médecine navale*, p. 111, 1926).

Matelot, 17 ans.

En mâchonnant un épi de graminée (épi voyageur) avale une barbe par inadvertance. Tuméfaction douloureuse de la langue.

A l'hôpital, six jours après on constate : tuméfaction de la partie moyenne gauche de la langue, douloureuse à la pression; œdème de la région sublinguale à gauche.

Pas d'œdème du vestibule laryngé, replis aryténo-épiglotiques normaux. Dysphonie. Température 38°. Bon état général. Gargarismes.

Le 23 mai, première ponction au galvano-cautère à l'union de la partie horizontale et verticale de la langue. Rien. Plus en avant et au milieu, issue d'une cuillerée à café de pus chocolat où on trouve la barbe d'épi. Staphylocoque à l'examen direct.

Le 29 mai reprise du service.

OBSERVATION VI

Vignier (cité par Yves).

A la suite d'une érosion de la langue par une dent cariée, formation en vingt-quatre heures d'une tuméfaction de la langue limitée à la moitié gauche. Température 38°3. Ponction au galvano-cautère. Issue de pus noirâtre et épais. Lavage à l'eau oxygénée. Guérison au quatrième jour.

OBSERVATION VII

D^r Sudaka.

Mme D... A..., 53 ans, nous consulte le 28 août 1926, pour une tuméfaction douloureuse de la face dorsale de la langue qui évolue de façon torpide depuis une semaine environ. L'état

général n'est nullement altéré. La mobilité de la langue est parfaite; dans sa moitié droite, à 3 cm. de la pointe, on perçoit un nodule infiltré, mais assez nettement isolable du reste de l'organe, du volume d'une grosse noisette. Il ne semble pas y avoir encore de pus collecté. On hésite entre le diagnostic de fibrome et celui de glossite suppurée.

Le 31 août, la collection semble poindre à la région sublinguale et surelève la muqueuse. On note une otalgie homolatérale assez vive.

Anesthésie en boutonnière de la muqueuse de la région sublinguale, ponction à l'aiguille de vétérinaire qui ramène 1/2 cmc. de pus. Incision de 1 cm., drainage à la mèche au peroxyde de zinc. Suites opératoires excellentes. Néanmoins, durant un mois environ persista une induration et une rétraction de la face dorsale de la langue ne compromettant d'ailleurs pas la motilité de l'organe.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de notre Maître, M. le D^r Aboulker).

Homme de 38 ans, pêcheur, vient consulter parce qu'il croit avoir avalé, quelques jours auparavant, une épine de poisson. Il accuse des troubles de la déglutition qui se sont établis rapidement et qui, en trois jours, ont abouti à une odynophagie presque absolue. Crises dyspnéiques légères dans la nuit précédente.

A l'examen on note une tuméfaction importante du cou et de la région sous-maxillaire gauche chez un sujet au teint légèrement cyanotique.

La bouche est entr'ouverte, la salivation abondante; œdème notable de la moitié gauche du plancher buccal. Le malade ne peut sortir de la bouche sa langue dont la pointe est légèrement déviée vers la gauche. Au laryngoscope apparaît un œdème de la paroi pharyngée gauche et de l'aryténoïde correspondant. La base de la langue paraît également œdématiée.

La première impression produite par l'examen est celle d'un phlegmon diffus du plancher avec prédominance des phénomènes pharyngiens. Mais, rapprochant les phénomènes principaux, fièvre élevée, impossibilité de la protusion de la langue

hors de la bouche et suppressions de contractions musculaires du corps de l'organe, on conclut à l'existence d'un abcès de la base de la langue. Une ponction exploratrice confirme le diagnostic. On pratique alors une incision de 2 cm. sur la partie du bord gauche de la langue adjacente du pilier antérieur et, à l'aide d'une pince de Kocher, on découvre l'abcès qui est considérable. Drainage à l'aide de mèches de gaze. Suites opératoires sans incidents. Guérison en une quinzaine de jours.

OBSERVATION IX

D^r Sudaka (recueillie dans le Service du D^r Aboulker.)

C... M..., cultivateur, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital le 21 août 1926, pour douleurs au niveau de la base de la langue et odynophagie à peu près absolue.

Le malade qui présente un système dentaire où se mêlent les lésions les plus variées a subi, six mois auparavant, une intervention pour angine de Ludwig. Malgré les conseils de son médecin, il a négligé de se faire soigner les dents. Depuis six jours est apparue une odynophagie progressive en même temps que des douleurs lancinantes empêchent tout repos. La fièvre s'allume et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, il n'existe pas de trismus, le plancher est normal. La langue, dans sa moitié antérieure, est libre, mais spontanément ne peut être mobilisée hors des arcades dentaires. Les tentatives de tractions sont infiniment douloureuses, de même que la pression de l'abaisse-langue. L'examen laryngoscopique est toutefois possible, le larynx est normal. Par contre, la base de la langue apparaît légèrement œdématiée et le sillon glosso-épiglottique infiltré. Le toucher n'apporte aucun élément nouveau. Les régions sous-angulo-maxillaires sont le siège d'une adénopathie douloureuse.

On décide d'intervenir. On pratique, sous-anesthésie locale, une incision de 2 centimètres, verticale, dont la limite inférieure correspond au bord supérieur de l'os hyoïde. A 3 centimètres de profondeur, on découvre une collection fétide d'environ 30 cmc. de pus bien lié. Mise en place d'un drain. Suites opératoires excellentes. Le drain est levé au quatrième jour et la cicatrisation est complétée au vingtième jour.

OBSERVATION (Inédite).

(Due à l'obligeance du Dr P. Sudaka.)

C. E..., 49 ans. Spécifique ancien en cours de traitement bismuthique. Fait procéder à des soins dentaires; au cours d'une séance d'obturation, dérapage d'une fraise qui réalise au niveau du bord droit de la langue (tiers moyen) une petite plaie d'aspect insignifiant.

Le surlendemain, gêne considérable de la déglutition, langue très difficilement mobilisable et douloureuse, température à 39°.

Nous constatons, outre une stomatite et une glossite diffuse, une langue très augmentée de volume. La tuméfaction est surtout marquée dans la moitié antérieure droite mais déborde la ligne médiane et envahit la base.

Dans les jours qui suivent, malgré l'institution d'un traitement médical, pas d'atténuation des signes objectifs ni subjectifs. On note même une pseudo-fluctuation.

On est sur le point de décider l'intervention, lorsque, au sixième jour après le début des accidents, tout rentre spontanément dans l'ordre.

OBSERVATION XI

Dunet.

Femme de 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1921, pour une petite grosseur du bord marginal gauche de la langue, à 5 cm. environ de la pointe, de la grosseur d'une petite noisette, et apparue depuis trois semaines environ.

Dans les premiers jours, la petite tumeur a augmenté lentement de volume; puis s'est mise à croître très rapidement dans les jours précédant l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, elle présente les signes suivants : elle est arrondie, superficielle et nettement fluctuante sans aucune trace d'induration périphérique; pas de ganglions; pas de température; aucun signe fonctionnel.

L'interrogatoire ne révèle aucune notion étiologique digne

d'intérêt : ni piqûre, ni ulcération par dent cariée, ni infection buccale.

On fait le diagnostic d'abcès : une ponction avec une petite aiguille ramène du pus.

Anesthésie locale par infiltration à l'alocaïne.

Une incision de 2 cm. environ évacue 5 cm³ de pus jaunâtre assez bien lié. A l'aide d'une petite curette, on retire quelques fongosités qui seront examinées histologiquement.

La guérison s'obtient en huit jours de la façon la plus banale, sans suppuration et la malade dont on a pu avoir des nouvelles récemment (janvier 1923), n'a jamais présenté ni récédive, ni trouble fonctionnel. *L'examen du pus* par étalement a montré la présence de très nombreux polynucléaires déformés et de nombreux cocci.

Examen histologique (Dunet). — Les débris ramenés par la curette et qui représentent les parois de l'abcès sont constitués par du tissu connectif lâche infiltré de cellules inflammatoires polynucléaires, en état de chromatolyse. La présence de quelques cellules multinucléées isolées, ne doit pas faire songer à la possibilité d'un processus tuberculeux, ces cellules ayant plutôt le type macrophagique.

OBSERVATION XII

Dupuytren (rapportée par Chaissaignac, *Glossite phlegmoneuse. Abcès à la base de la langue. Traité de la suppuration*, t. II, p. 162.)

Homme de 43 ans. Vu le 10 juillet 1816, pour une glossite nerveuse à la suite d'une cautérisation avec le vitriol bleu d'un bouton occupant la partie moyenne de la langue.

A l'entrée, bouche largement ouverte, langue rouge, tendue, douloureuse, avec «concrétions pelliculaires albumineuses» sur toute la muqueuse buccale (fausses membranes probables).

La langue déborde largement les arcades dentaires antérieurement et latéralement. Déglutition des solides impossible, celle des liquides très difficile : le malade peut à peine parler et la suffocation est imminente; sangsues, cautérisation.

Le lendemain, Dupuytren découvre au point cautérisé une goutte de pus. Il introduit un stylet dans l'épaisseur de la

langue et incise au bistouri en dirigeant le tranchant vers la base. Une grande quantité de pus et de sang, s'écoula. Deux heures après, amélioration très marquée. Trois jours après, guérison.

OBSERVATION XIII

D^r Giraud (*Glossite suppurée.*
Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne
et de la Loire, 1861, p. 347.)

Dans le courant du mois de juillet dernier, M. Giraud fut consulté par un mécanicien de chemin de fer, pour une légère-excoriation qui siégeait au bord droit de la langue.

Ce petit accident, rapporté par le malade à une simple morsure, remontait à trois ou quatre jours seulement. L'ulcération était douloureuse, au contact surtout des matières salées et des liquides alcooliques. Son aspect était rouge foncé, son pourtour gonflé : elle présentait une étendue totale, irrégulière, comparable à celle d'une pièce de cinquante centimes.

En présence d'une affection d'apparence aussi bénigne, il prescrivit de simples gargarismes adoucissants, de l'eau d'orge miellée pour boisson, des lavements émollients, et pour nourriture des potages au lait peu salés.

Le 21 juillet 1860, de très grand matin, ce praticien fut mandé pour se rendre en toute hâte voir son malade qui, depuis la veille au soir, pris de douleurs intolérables, était en proie à l'agitation la plus pénible. Il le trouve dans l'état suivant : pouls exagéré, plein, battant, 130 à 140 pulsations par minute; peau chaude sudorale, tête douloureuse; les yeux sont injectés et le facies est fortement coloré; la langue se montre entre les deux arcades dentaires qu'elle soulève un peu; la respiration est difficile et la déglutition à peine possible.

Traitement. — Saignée au bras de 800 gr. à peu près, suivie de l'application de quinze sangsues de chaque côté du larynx, au-dessous du maxillaire inférieur, pédiluves sinapisés, lavements légèrement laxatifs, eau sucrée froide pour boisson, si le malade peut avaler. Vers les deux heures de l'après-midi, il fut appelé de nouveau.

Malgré les émissions sanguines, aucun des symptômes alarmants sus-énoncés ne s'était amendé; la langue sortait de la

bouche; elle débordait de 2 ou 3 cm. toute l'ouverture des lèvres, dont elle repoussait les commissures vers les oreilles; son aspect était luisant bleuâtre; toutes les dents imprimaient sur sa surface des sillons assez profonds.

La respiration ne s'effectuait que très peu et par les ouvertures nasales; la déglutition était complètement empêchée.

L'aspect de la face du malade ne pouvait être mieux comparé qu'à celui qu'offre la figure des cadavres qui après avoir été immergés dans l'eau viennent à flotter à la surface. Un pareil état l'effraya, il allait infailliblement, en peu de temps, entraîner le malade au tombeau.

Il prit un bistouri droit à lame pointue et très étroite, et l'introduisit à plat, jusqu'à une profondeur de 3 ou 4 cm., dans le parenchyme de la langue et dans le sens de sa longueur et cela des deux côtés de la ligne médiane.

Il s'en écoula, sans exagération, au moins une bonne demi-verrée de sang noir, auquel succéda un écoulement purulent bien marqué, qui fournit une quantité égale à la moitié du sang écoulé. Vers les quatre heures, le malade recouvra un peu la parole, put respirer et avaler un peu.

Des gargarismes émollients, de l'eau gommée pour boisson, et la diète furent prescrits.

Le lendemain, le mieux était confirmé, et quatre jours après, le malade était assez bien pour faire à pied un trajet assez long.

OBSERVATION XIV

V. Combier et J. Murard (*La Presse médicale*, 1922.)

G. L..., 56 ans, est vu le 26 février 1921 pour une tuméfaction de la langue développée en quelques jours. Il croit s'être piqué la langue avec de la paille en travaillant dans sa grange, mais c'est là peut-être plutôt une explication qu'il donne qu'une cause bien réelle. Deux jours après cet incident, il commence à éprouver de la gêne pour avaler. Son médecin lui ordonne des gargarismes chauds, mais les signes fonctionnels augmentent si rapidement que nous sommes appelés. La maladie évolue depuis quatre jours. La dyspnée est considérable, au point qu'on se tient prêt à faire une trachéotomie. Impossibilité de la déglutition. La langue est énorme, surtout

en arrière, et est projetée en haut. La laryngoscopie est impossible. Rien au plancher. Rien à la région sus-hydoïdienne. Une première ponction à la pince de Kocher fermée est faite sur le bord droit de la langue, en arrière : elle donne issue à quelques gouttes de pus. Une deuxième ponction, un peu plus bas, évacue une assez importante collection fétide. Aussitôt après, le malade est soulagé. Il respire facilement, il peut boire de petites gorgées. La guérison survient en quelques jours.

**Abcès consécutifs à des affections de voisinage
ou à des affections générales.**

OBSERVATION XV

De la Malle (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*,
1771, in Thèse Parsat.)

Le nommé Denis Trois-Valets fut atteint brusquement dans la nuit du 8 au 9 mars 1725, à la suite d'une fièvre maligne, d'une douleur de langue suivie de tuméfaction de l'organe. La langue devint trois fois plus grosse qu'à l'état normal, faisant saillie hors de la bouche.

Saignée au bras, à la jugulaire, au pied, sans succès. Il fut fait trois incisions parallèles de la base de la langue à la pointe de l'organe. Il s'écoula une assez grande quantité de sang. Le malade put parler deux heures après.

OBSERVATION XVI (*idem.*)

Un cavalier à la suite d'une fièvre maligne eut une tuméfaction douloureuse de la langue.

Deux saignées consécutives n'eurent pas de résultat. Il fut fait deux incisions de la base à la pointe, desquelles il s'écoula une grande quantité de sang.

La langue reprit des dimensions normales le troisième jour. Guérison le cinquième.

OBSERVATION XVII

Vidal (*Bulletins et Mémoires
de la Société d'Anatomie de Paris*, 1854, p. 260).

Glossite gangréneuse suite de scarlatine.

Il s'agit d'un petit garçon de 2 ans et demi affecté de scarlatine depuis dix jours. Depuis trois jours, coryza, angine avec engorgement ganglionnaire.

Le lendemain de son entrée, coryza couenneux, fausses membranes dans la narine droite. Toute l'arrière-gorge est couverte de fausses membranes. On sent une odeur fétide, la voix est altérée, la toux rauque. Engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Le troisième jour, odeur gangréneuse insupportable, prostration extrême, dysphagie prononcée. Mort dans la nuit. Autopsie. Gangrène du pharynx, de la base de la langue, de la luette, de l'amygdale gauche et de la partie antérieure de l'épiglotte. Points noirâtres gangréneux en arrière de la fosse nasale droite et sur les cornets inférieurs.

OBSERVATION XVIII

Chassaignac (*Phlegmon de la base de la langue*, p. 163.)

Homme de 19 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Antoine pour des phénomènes datant de six jours : mal de gorge intense, respiration difficile, sensation de tumeur dans l'arrière-bouche.

Les antécédents n'apprennent rien sur la cause du mal. Le doigt porté à la base de la langue permet de reconnaître une induration localisée au côté gauche.

On pratique dans la région sous-maxillaire une ponction avec un troquart très fin, puis avec un bistouri. Il sort du sang mêlé de pus.

Malgré la mise en place d'une canule en Y, le pus s'écoule imparfaitement ; le malade souffre beaucoup moins, mais peut à peine ouvrir la bouche.

On débride largement dans la région sous-maxillaire : le pus

sort en grande abondance et quinze jours après la guérison est complète.

OBSERVATION XIX

D^r Maurice Fourrier (de Compiègne)

(*Glossite chez un diabétique.*)

(*Revue de clinique et de thérapeutique.*)

M. de P..., 63 ans. Ancien militaire. Pas de syphilis. Jamais de maladie grave. Gros mangeur. Dépôt briqueté des urines. Tendance à l'obésité, fume modérément. Diabète sucré reconnu depuis six ans. Les symptômes ordinaires du diabète n'ont jamais été très intenses. Le sucre n'a pas dépassé 50 gr. par litre. L'état général n'a pas faibli. Cinq saisons à Vichy et chaque fois disparition de la glycosurie.

Dans le courant du mois d'avril dernier, petit anthrax à la partie inférieure du côté gauche de la face. Dans les premiers jours de juillet, étant à Vichy, un soir, au théâtre, il a été exposé à un courant d'air très vif et il a senti qu'il se refroidissait. Le lendemain, se déclarait une angine qui dura cinq ou six jours, et à la suite de cette angine M. de P... s'apercevait que sa langue devenait lourde et embarrassée (La glycosurie n'était alors que d'un gramme par litre : elle était de 30 grammes au commencement de la saison). Quelques jours après la guérison de son angine *a frigore*, il quittait Vichy. Peu à peu, les phénomènes notés du côté de la langue, allèrent en augmentant. Un peu d'enflure de l'organe, salivation abondante, gêne fonctionnelle considérable. Ni frissons ni fièvre.

Je vois le malade pour la première fois le 5 août; depuis plusieurs jours il remarque dans ses crachats des mucosités purulentes, et cette expectoration a amené un peu d'amendement des symptômes. Gêne fonctionnelle considérable. Pas de sucre dans les urines. Bon état général. Langue tuméfiée (pas d'impressions dentaires). Epais enduit blanchâtre, haleine fétide. Au contact de l'organe, ulcération grisâtre, non élevée au-dessus de la muqueuse, irrégulière, anfractueuse, à bords mous et d'une grandeur un peu moindre que celle d'une pièce de cinquante centimes. Avec le stylet on pénètre d'environ 2 cm., en se dirigeant en arrière. On ne sent nulle part d'induration suspecte. Pas de traces de ganglions sous-maxillaires.

Salivation très abondante incommodant beaucoup le malade et troublant son sommeil. Injection et gargarismes boriqués fréquents : alimentation avec lait, bouillon et panades. Le 8 août, je détache à l'aide de quelques coups de ciseaux, une eschare grisâtre de la grandeur d'une pièce de deux francs et d'une épaisseur d'environ 3 mm. Son ablation laisse à découvert une ulcération à fond rose mamelonné, à bords irréguliers et souples, d'une profondeur de 5 à 6 mm. Les jours suivants, cette ulcération s'étend surtout en arrière, sur sa périphérie, la muqueuse se gangrène et, à plusieurs reprises, je détache quelques eschares, de telle sorte que le 16 août, elle comprend une bonne moitié de la face dorsale de la langue et menace de s'accroître encore, car sur ses bords la muqueuse est grisâtre et flotte par petits lambeaux, ce qui indique sa mortification. L'ulcération s'étale, mais ne se creuse nullement. Pour arrêter ce processus qui ne paraît pas avoir de tendance à se borner spontanément, le 17 août je cautérise fortement, au nitrate d'argent, les bords nettoyés de l'ulcère (neutralisation au chlorure de sodium). Les jours suivants, la tendance à l'extension bien que diminuée, se manifeste encore par endroits. Le 21 août, seconde cautérisation. Cette fois, le travail ulcératif est enrayé. La réparation commence et est complète au bout de vingt jours; c'est-à-dire vers le 10 septembre. Le sucre n'a pas reparu, c'est du reste ce qui arrive toujours durant les mois qui suivent le retour de M. de P..., de Vichy. J'ai revu mon malade dernièrement. Le sucre a reparu dans les urines, mais la langue est redevenue normale. Jamais d'hémorragies, pas de douleurs, sauf quelques élancements dans les oreilles et au niveau de l'insertion de la langue à l'os hyoïde.

Ce fait est intéressant à un double point de vue.

1° Il montre une *glossite avec abcès superficiel* et ulcère consécutif de la langue, chez un diabétique. Or, à ma connaissance, la relation du diabète avec les accidents ci-dessus énoncés n'a pas été encore signalée.

Ici, sans doute, le diabète n'était pas très intense, néanmoins son influence pathogénique me semble certaine. Elle explique la disproportion entre la cause occasionnelle, le coup de froid, et l'intensité des phénomènes réactionnels observés : glossite durant un mois, formation d'un abcès, et ulcération mettant un autre mois à se guérir.

2° Il montre encore que chez les diabétiques, l'inflammation

de la langue a la même tendance que les autres inflammations, c'est-à-dire une tendance à la gangrène. En effet, après un abcès superficiel et localisé de la langue, nous voyons la muqueuse de cet organe s'escharifier sur une large étendue sans que le processus ait de tendance à se borner spontanément et si nous n'étions pas intervenu par deux cautérisations, nul doute du train où allaient les choses que la gangrène n'ait continué à s'étendre.

OBSERVATION XX

Publiée *Gazette des Hôpitaux*, par le Dr Moncourt.

Un homme âgé de 40 ans environ, qui souffre de la gorge depuis quatre ou cinq jours, éprouve de la difficulté pour avaler et parle avec la plus grande peine. Il a de la céphalalgie, des frissons et une forte fièvre.

Le cinquième jour, on le trouve dans un fauteuil, l'air anxieux, la face congestionnée, les yeux injectés, la respiration sifflante, convulsive, l'haleine fétide, en proie à des frissons répétés et une fièvre de 39 degrés. Il ne peut prononcer une parole, il se fait comprendre par des signes. La déglutition est absolument impossible, voici d'ailleurs trois jours qu'il n'a pu absorber quoi que ce soit. La respiration se fait avec difficulté. Pas de sommeil par suite de céphalalgie et des élancements ressentis dans la bouche et la tête.

Le cou est volumineux sur toute sa région antérieure, gonflé sur tout le côté droit, mais il ne présente de tumeur nulle part. Dans toute son étendue, la peau conserve sa coloration normale. La pression dans la région sous-maxillaire droite et dans la région cervicale provoque de fortes douleurs qui irradient vers la face et vers la cavité buccale.

La bouche est entr'ouverte, et entre les mâchoires écartées, on aperçoit la langue volumineuse qui remplit toute la cavité buccale et empêche les mâchoires de se rapprocher.

Elle est si gonflée qu'elle comble, en bas, l'espace compris entre les dents; elle les déborde même, et s'applique, par sa face supérieure, contre la voûte palatine à laquelle elle paraît collée. Sur les bords de la langue, on aperçoit les empreintes des dents, d'un enduit saburral et de quelques fuliginosités.

La muqueuse buccale est rouge.

La langue forme une masse molle, oedématisée, et comme entièrement gonflée de liquide. Quand on place l'abaisse-langue, on ne rencontre aucune résistance; au contraire, l'instrument la déprime dans sa totalité. Les bords ont une hauteur de deux travers de doigt et présentent le même aspect à droite qu'à gauche. Mais une petite pression sur le bord droit y amène de vives douleurs et des élancements qui s'irradient dans la tête et le cou, tandis qu'à gauche elle est beaucoup moins sensible. La douleur et la fluctuation sont plus accusées à droite autant qu'il est possible de le constater.

Une ponction dans la langue, avec une seringue de Pravaz, ramène un pus horriblement fétide. Au même endroit, nous enfonçons de 3 à 4 cm. la lame d'un bistouri, il sort une vingtaine de grammes de pus d'une odeur infecte et de couleur chocolat.

Le soulagement est instantané : la langue se dégonfle en partie, elle peut remuer; la parole sort plus facilement, la respiration devient plus libre, et, surtout, le malade peut boire. Pendant toute la soirée, d'heure en heure, il procède à des lavages de la bouche. La nuit, il peut dormir, mais le lendemain matin, il est pris de nausées et subitement se met de nouveau à cracher du pus, à peu près autant que la veille, aussi infect et de même couleur.

A partir de ce moment, la langue diminue encore de volume, redevient mobile; le malade parle, boit, et commence à manger.

Le surlendemain la fièvre est tombée; il ne ressent plus de douleur; mais seulement un peu de gêne dans la bouche qui se ferme très facilement. Le cou est bien moins gros, la langue a diminué considérablement de volume, elle est tout à fait mobile. Elle permet de voir le pharynx qu'il avait été impossible d'examiner auparavant, et de constater que le voile du palais, les amygdales, les glandes salivaires ne présentent aucune lésion.

Deux jours après, tout était rentré dans l'ordre, guérison complète.

OBSERVATION XXI

(Œdème aigu de la langue et du plancher de la bouche, de cause inconnue, observé deux fois chez le même malade Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Art. de Galliard, 22 mars 1906.)

Louis C..., 25 ans, infirmier, atteint de fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans et de fièvre intermittente pendant son service militaire au Soudan, avec accès réitérés jusqu'au mois de février 1904, avoue quelques excès alcooliques. Il est admis dans mon service à Lariboisière le 24 janvier 1904, à quatre heures du soir, avec le diagnostic : angine phlegmoneuse. Température 38°2.

Le lendemain, 25 janvier, 38°8. Je n'ai pas de peine à reconnaître qu'il s'agit d'un œdème énorme de la langue et du plancher de la bouche; aucun symptôme d'angine, pas d'ulcération buccale, pas d'engorgement des ganglions.

Je fais immédiatement, avec un bistouri, quatre piqûres, deux à droite et deux à gauche du frein de la langue. Je n'obtiens que du sang, mais pendant l'après-midi quelques gouttes de pus s'écoulent de ces piqûres. Elles ne peuvent être recueillies pour l'examen bactériologique.

Le soir, 39°4.

Le 26 janvier, 38°1 et 39 degrés. Amélioration considérable. Les piqûres ne fournissent ni sang ni pus.

Le 27 janvier, 38° et 37°7. Guérison complète. Départ de l'hôpital le 30. L'examen de la bouche, de la gorge, des viscères, ne révèle aucune lésion. La cause de la suppuration et de l'œdème reste inconnue.

Récidive. — Le 16 février 1905, vers dix heures du matin, Louis C... éprouve au bord gauche de la langue des picotements douloureux, accompagnés de salivation abondante. Au bout de quelques heures, il croit remarquer à ce même bord gauche une petite saillie très sensible au toucher.

A quatre heures du soir, la langue est tuméfiée dans sa totalité : le malade ne peut prendre aucune nourriture. A sept heures du soir, la tuméfaction s'étend au plancher de la bouche. N'ayant pas oublié les détails de sa première crise, le malade se hâte de demander l'admission dans mon service.

Je le vois le 17 février (deuxième jour) à la visite du matin; c'est bien la même physionomie clinique que l'année dernière : langue énorme, à peine contenue dans la cavité buccale; tuméfaction uniforme de toute la langue; œdème du plancher de la bouche, salivation abondante. Le malade souffre atrocement, il est suffoqué, il ne peut ni parler, ni s'alimenter. L'examen du fond de la gorge est impossible. Température rectale 39°6. Pas de désordre viscéral, rien dans l'urine.

Il faut intervenir sans retard.

Comme l'œdème me semble plus accentué à gauche qu'à droite, c'est à gauche du filet que je plonge profondément le bistouri. Le sang coule abondamment; pas une goutte de pus.

Je recommande au malade de maintenir autant que possible de la glace au contact de la plaie; on fera des lotions à l'eau oxygénée.

Le soir 37°9. Grand soulagement.

Le 18 février (troisième jour) 37°5. Le malade est méconnaissable, il n'a plus ni angoisse, ni anxiété, ni souffrance locale. Il peut parler et avaler du bouillon. L'œdème lingual et sublingual a diminué tellement que je réussis à examiner le fond de la gorge : rien à noter dans la gorge ni dans la bouche. La piqûre faite par mon bistouri n'a pas donné de pus : la plaie se ferme.

Le 19 février (4^e jour) la guérison est complète. L'œdème a disparu. Le fonctionnement de la langue est normal. Le malade parle et s'alimente aussi bien qu'avant l'accès. Je ne constate qu'une certaine rougeur du dos de la langue. Pas de fièvre; pas de désordre viscéral.

Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 20 février 1905. Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois de ses nouvelles. Pas de récurrence de l'œdème lingual.

OBSERVATION XXII

Sabrazès, Bonnet et Parsat (*Macroglossite œdémateuse aiguë*.
Presse Médicale, 1906.)

Homme de 35 ans, fit une angine scarlatineuse suivie de desquamation. Scarlatine chez ses enfants.

L'angine se complique de glossite. Douleurs irradiées aux oreilles, aux joues, aux tempes.

La langue émergeait de la bouche, portant l'empreinte des dents. Cette portion a le volume de la moitié d'un petit rein. La langue est sèche, squameuse, la partie postérieure garde l'empreinte en godet.

Ponction suivie d'ensemencement, d'inoculation dans la langue d'un chien, d'examen direct. Aucun résultat.

Réduction spontanée en quinze jours par lavages antiseptiques.

A ce moment ouverture d'un petit abcès sur la face inférieure. L'examen montre l'amygdale linguale volumineuse, les papilles caliciformes plus développées que normalement.

OBSERVATION XXIII

Collin (*Irish hospital gazette*, 15 novembre 1873.)

Scarlatine au dixième jour, langue framboisée, gonflement considérable de l'organe. Application de sangsues sur le frein sans résultat.

On pratique à la lancette, deux incisions parallèles au raphé médian sur la face supérieure de la langue. L'écoulement de sang et de sérosité fut suivi d'une prompte amélioration.

OBSERVATION XXIV

Hémiglossite parenchymateuse gauche, terminée par suppuration, publiée par le Dr G. Gauthier, de Charolles, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1880, p. 499.

M. X..., âgé 45 ans, d'une santé excellente habituelle, est pris le 27 mars, à la suite d'un refroidissement prolongé, d'un frisson intense avec céphalalgie, puis douleur de la langue bientôt accompagnée de gonflement et de gêne de la déglutition. Appelé le 29, je trouve la langue gonflée, portant à gauche l'empreinte profonde des dents et recouverte d'un enduit saburral plus épais à gauche.

Rougeur légère de la gorge, salivation très abondante; pouls à 100. Application de sangsues à la région sus-hyoïdienne, scarification superficielle de la langue, gargarismes détersifs.

30 mars. — La langue remplit entièrement la cavité buccale, son extrémité fait saillie au dehors et paraît tirée vers la commissure gauche des lèvres. Pouls 120; agitation extrême. Incision longitudinale sur la face dorsale de la langue, à gauche.

31 mars. — Les douleurs locales ont diminué, mais la dyspnée et l'angoisse ont augmenté. Il est impossible de percevoir de la fluctuation. Nouvelles incisions longitudinales.

1^{er} avril. — La dyspnée est extrême, la face est pâle, le pouls petit. Je prévois un dénouement fatal si la respiration n'est pas promptement rétablie. Attirant vigoureusement la langue au dehors, je plonge le bistouri dans l'une des incisions faites la veille; aussitôt il en sort des flots de pus dont j'estime la quantité à plus d'un demi-verre. Immédiatement le malade se dit guéri, et la langue rentre entièrement dans la cavité buccale, dont les arcades dentaires peuvent se refermer.

Le malade était complètement rétabli huit jours après le début des accidents.

OBSERVATION XXV

J. L. Goodale.

Un homme de 22 ans fut pris au cours d'une néphrite aiguë, de douleurs dans la région amygdalienne droite suivie au bout de quelques heures de gonflement de la langue qui augmente rapidement jusqu'à faire issue de la bouche, le menaçant d'asphyxie.

On fit une opération pour remédier à cet état alarmant mais sans succès.

A l'autopsie, on enleva la langue qui présentait les particularités suivantes : Les portions inférieures des muscles de la langue étaient gris-jaunâtres, noirâtres par place, les muscles sublinguaux attachés à l'os hyoïde étaient aussi grisâtres et noirâtres parsemés de stries rouges. En un point près de la limite inférieure de la langue il existait une surface d'un centimètre de diamètre dans laquelle le muscle était de coloration rougeâtre. Il n'y avait pas de pus.

L'examen au microscope des tissus de la base de la langue fit voir de nombreux microcoques, souvent par couples, et de

nombreux leucocytes polynucléaires. On fit la culture sur sérum avec les tissus nécrosés de la base de la langue. Elles donnèrent de très nombreuses colonies de cocci en chaînettes, de streptocoques dorés et très peu de colonies de staphylocoques dorés. Le sang du cœur donna naissance à des colonies de streptocoques pyogènes.

OBSERVATION XXVI (résumée).

J. L. Goodale.

Dans un second cas une infection streptococcique de la langue fut consécutive à une fracture du temporal. Il y eut aussi en même temps une otite moyenne aiguë et une parotidite suppurée. Le malade mourut d'infection généralisée.

A l'autopsie des muscles de la langue, on trouva sur une petite surface des stries jaune foncé dont les cultures montrèrent de nombreuses colonies de streptocoques et très peu de staphylocoques.

OBSERVATION XXVII

Rendu (*France Médicale*, 15 janvier 1892.)

Homme de 23 ans, entre le 11 novembre 1891 à Necker pour angine datant de deux jours attribuée au froid.

A l'examen, langue énorme, débordant les arcades dentaires.

Roséole, chancre il y a six semaines.

La culture de l'exsudat donne des microbes variés, surtout streptocoques.

Le 16, apparition d'une plaque d'érysipèle à l'angle de l'œil droit et de la racine du nez. Envahissement rapide.

Le 17, l'autre œil, les joues et les oreilles sont pris à leur tour. La langue a repris son volume normal mais dépouillée de son épithélium et vernissée comme au 3^e jour d'une scarlatine. Gorge rouge vif sans exsudat fibrineux.

Le 18, l'érysipèle s'arrête aux oreilles et donne des phlyctènes aux joues et aux paupières.

Le 21 desquamation complète.

OBSERVATION XXVIII

Morestin (*Soc. Anat. de Paris*, 1911, p. 123.)

Il s'agit d'un homme de 53 ans, Gaëtan A..., bonnetier, qui jusque-là avait joui d'une santé excellente, n'ayant eu d'autre maladie que du rhumatisme articulaire.

Dans la nuit du 5 au 6 mars dernier, cet homme fut réveillé par de vives douleurs occupant la langue, la partie supérieure du cou et s'irradiant même du côté de l'épaule gauche. La langue augmente rapidement de volume et cette tuméfaction s'accompagna d'une grande gêne de la déglutition et de l'élocution. Le lendemain, ces symptômes parurent plus accrus encore. Aucune modification favorable ne se produisit les jours suivants.

Le 11 mars, Gaëtan A... se présenta dans mon service. Il n'avait pas de fièvre, mais le visage était terreux et fatigué. L'élocution était devenue extrêmement pénible, le malade pouvait néanmoins prononcer quelques paroles intelligibles. Les mouvements de déglutition étaient assez douloureux. Cependant le sujet avalait sa salive et s'alimentait, quoique difficilement, avec des liquides. Il n'y avait pas de gonflement des régions sous-maxillaires, la palpation n'y décelait non plus que dans les régions carotidiennes, aucune adénopathie.

En faisant ouvrir la bouche, on aperçoit une masse rouge formée par la langue tuméfiée et qui semblait représenter la totalité de la partie libre de l'organe. Regardant de plus près, on distinguait la moitié droite de la langue repoussée en bas et à droite, aplatie, effacée, mais souple, saine, parfaitement intacte. La masse qui remplissait tout l'espace circonscrit par les arcades dentaires appartenait à la seule moitié gauche. Cette masse arrondie, un peu aplatie de haut en bas, tendue, rigide, lisse et d'un rouge violacé, simulait un gland en érection. Le contact des dents, en assez mauvais état d'ailleurs, avait déterminé au pourtour de l'organe enflammé quelques ulcérations très superficielles.

La pression, partout douloureuse, l'était d'autant plus qu'elle était exercée plus près du bord gauche. Nulle part on ne percevait de fluctuation.

Le diagnostic ne pouvait être douteux. Il s'agissait d'une

hémiglossite aiguë probablement suppurée. En conséquence, je décidai d'intervenir immédiatement.

Je pratiquai d'abord sur la partie la plus saillante une profonde incision longitudinale qui ne donna issue qu'à du sang, puis plus près du bord gauche une autre incision parallèle à la précédente, qui ouvrit une collection séparée de la muqueuse par une certaine épaisseur de fibres musculaires. L'abcès contenait environ une cuillerée à café de pus fétide. Je laissai dans chacune des plaies linguales une petite mèche iodoformée, tant pour empêcher leur réunion trop prompte que pour prévenir toute hémorragie. Ces mèches, changées le lendemain, furent supprimées le surlendemain. Les suites furent en effet excessivement simples. Le soulagement a été immédiat et la guérison a été très promptement obtenue, car aujourd'hui elle est déjà à peu près complète. La langue a repris son volume normal et toute sa mobilité. Le malade ne souffre aucunement, il parle facilement et peut très bien s'alimenter, même avec des solides. Les deux plaies linguales se sont réduites avec une extraordinaire rapidité, et peu s'en faut qu'elles ne soient entièrement cicatrisées.

Deux petits fragments avaient été prélevés au cours de l'intervention, d'une part sur le bord de l'incision qui n'avait pas rencontré la collection, d'autre part sur la paroi de l'abcès. En outre, du pus avait été recueilli dans la cavité même avec une pipette stérilisée.

Dans ce pus, ensemencé sur divers milieux, on n'a pu mettre en évidence ni staphylocoques, ni streptocoques, ni pneumocoques.

On y a trouvé par contre un bacille anaérobie et des spirilles.

Quant aux fragments de tissus, ils montrent tous les stades de l'inflammation. Sur le fragment prélevé à distance de l'abcès, on voit les faisceaux musculaires dissociés par une énorme infiltration de leucocytes. On en distingue même des amas dans l'épaisseur de la muqueuse et même dans l'épaisseur de l'épithélium. Les lésions vont s'accroissant jusqu'au foyer où l'on voit les fibres musculaires en voie de complète désagrégation.

OBSERVATION XXIX

MM. V. Combier et J. Murard.

B. L..., 55 ans, entre à la clinique le 4 janvier 1922 pour des troubles de la phonation et de la déglutition. Aucun antécédent à retenir. La maladie actuelle remonte à Noël, au dire du malade. Mais cependant, depuis deux ou trois mois déjà, il se plaignait de la gorge, sans pouvoir bien préciser. Il avait une légère difficulté à mouvoir la langue, et percevait comme un gonflement léger sus-hyoïdien médian. Il me semblait, dit-il, en me rasant, que cette région était plus bombée. Mais aucun trouble de l'état général, aucun mouvement fébrile.

Le 26 décembre, le malade reçoit un coup de corne de vache sur la joue gauche. Ce coup de corne ne détermine aucune plaie cutanée, mais fait saigner un peu la gencive supérieure. Le 29, l'arrière-bouche devient douloureuse, la langue est gonflée, le malade ne peut avaler que des liquides, une surdité bilatérale apparaît. Il voit alors un médecin qui nous l'adresse. Il arrive le 4 janvier dans l'état suivant :

Homme au teint pâle, avec quelques sueurs froides. La région sus-hyoïdienne est peut-être légèrement soulevée, mais ce symptôme est difficile à apprécier en raison de l'adiposité du malade. Aucun trismus. Dès la bouche ouverte, on remarque l'existence d'un gros bourrelet très marqué, qui vient se couper sur l'arcade dentaire, n'est aucunement dur, mais très mou, et ne ressemble en rien au bourrelet du phlegmon du plancher. La langue est grosse, globuleuse, et fixée sur le plancher. Aucun mouvement ne lui est possible. Examen au miroir impossible en raison du volume de la langue. La palpation de la langue montre que la moitié gauche semble oedématiée, et la partie droite pleine et rénitente. La région sus-hyoïdienne médiane donne aux doigts la sensation d'un gonflement profond, assez peu marqué : sur les côtés, adénopathie sous-maxillaire bilatérale, un peu douloureuse.

Le malade a de la peine à s'exprimer, la parole n'est qu'un grognement. Impossibilité d'avaler autre chose que des liquides, et même des liquides clairs : le tapioca provoque une petite crise d'étouffement. La salive s'écoule constamment par les

lèvres. La nuit, la position couchée provoque des accès dyspnéiques. Aussi le malade reste-t-il debout ou assis. Pas de température.

On ponctionne la langue à l'aide d'une pince hémostatique fermée, au niveau du bord latéral droit, en regard de la dernière molaire, en se dirigeant vers l'épiglotte. Cette ponction donne quelques gouttes de sang, mêlé d'un peu de pus. Mais le malade n'éprouve aucun soulagement réel. Enveloppements humides chauds du cou.

Le 8 janvier, incision médiane sus-hyoïdienne. Dissociation du plancher exactement sur la ligne médiane, au milieu des fibres musculaires normales. A 7 ou 8 cm., on rencontre de l'œdème, puis on évacue une collection d'un verre à liqueur de pus très fétide. On laisse un drain.

Suites très simples. Amélioration très rapide. Le 12, l'examen laryngoscopique est possible, replis et fossettes glosso-épiglottiques normaux. Rien au larynx. Aucune lésion visible de l'arrière-gorge.

Le malade repart le 16 janvier guéri, mangeant comme à l'ordinaire, la parole normale, la plaie sus-hyoïdienne en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXX

Bidart Malbran, *Abcès de la langue (Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Buenos-Ayres, 7 novembre 1928, p. 746 et Semana Medical, 23 mai 1929.)*

Malade de 34 ans, syphilitique bien traité, qui, après un accès de grippe à forme broncho-pulmonaire, sentit une impotence relative de la langue avec douleur et sensation d'enflure. Vingt-quatre heures après le début, dysphagie et dysphonie absolues. On constate la présence d'une tumeur dure, douloureuse à la pression, qui déviait la partie antérieure du septum du côté opposé. Adénite sub-maxillaire et salivation abondante.

On fait une ponction exploratrice, il en sort du pus. On se décide alors à une prompte ouverture avec drainage.

Récidive quelques jours après en même place qui guérit par les lavages chauds et les vaccins.

OBSERVATION XXXI

Donovan (*Semana Medical*, Buenos-Ayres, 23 mai 1929.)

L'auteur cite le cas d'un malade incisé par la face dorsale, guéri en quatre jours et qui revient dix jours après avec un petit abcès en avant du premier.

OBSERVATION XXXII

Santi (*Policlinico Sezione Pratica*, p. 627, 6 mai 1929.)

Enfant de 11 mois, sans antécédents pathologiques, entre le 18 août 1927 à l'hôpital parce que ses parents ont remarqué qu'il ne pouvait prendre le sein et qu'il s'écoulait de sa bouche de la salive en même temps que sa langue dépassait ses lèvres. Ils remarquèrent une tuméfaction du côté gauche de la langue. L'enfant présentait des signes d'hyperthermie non contrôlés par le thermomètre. Ses parents le montrèrent à un médecin qui l'envoya à l'hôpital pour probabilité de fibrome sub-lingual. A l'examen, température 38°8. L'enfant paraît souffrir, il essaie de prendre le sein mais ne peut téter suffisamment. On lui donne du lait et de l'eau à la cuiller avec quelque difficulté pour compléter son repas. Pas de dyspnée. Voix claire. Pas de tuméfaction appréciable à la région sous-maxillaire ni latéro-cervicale. Rien à l'appareil respiratoire ni à l'abdomen. L'enfant tient la bouche entr'ouverte. Il s'en écoule de la salive et on aperçoit la pointe de la langue légèrement sortie. Augmentation du volume de la langue dans sa moitié gauche, le côté droit est légèrement tuméfié mais seulement près de la ligne médiane. Examinant la face inférieure de la langue on remarque également que la tuméfaction est du côté gauche et surtout au milieu de l'organe. La muqueuse de la langue est un peu cyanosée et n'offre pas de solution de continuité bien visible. La palpation donne une sensation de fluctuation profonde. Elle provoque une vive douleur.

En position de Rose, après désinfection à la glycérine iodée, on pratique au bistouri une incision paramédiane gauche un peu en avant du V lingual. On agrandit et on approfondit

l'incision avec une pince de Kocher. Il s'écoule environ une cuillerée de pus épais jaune-verdâtre non fétide. Présence de staphylocoques. L'enfant fut guéri en quelques jours.

OBSERVATION XXXIII

Michon.

M. R..., 34 ans, est vu le 21 septembre 1921, avec des lésions de stomatite herpétique et une augmentation légère du volume de la langue, amenant quelques troubles fonctionnels de la mastication et de la déglutition. Ces lésions sont survenues à la suite d'un « mal de gorge » ayant débuté six jours auparavant; des phénomènes douloureux sont apparus dans la langue le 20 septembre, c'est-à-dire la veille du jour où le malade fut vu pour la première fois. Une thérapeutique banale fut instituée (collutoires, gargarismes, lavages chauds), mais les symptômes ne firent que s'aggraver et trois jours plus tard (24 septembre), lorsqu'on revit le malade, il se présentait avec la symptomatologie suivante : douleurs continues extrêmement vives avec paroxysmes douloureux, localisées à la langue et légèrement irradiées vers le cou et l'oreille gauche; non seulement l'insomnie a été complète mais depuis trois jours, le malade n'a pu tenir en place malgré les calmants administrés par voie diverse (injection hypodermique, suppositoires); toute déglutition est impossible et la salive s'écoule abondamment au dehors; pas de température.

Objectivement l'examen de la bouche est facile en raison de l'absence de trismus : la langue est énorme, tuméfiée et paraît occuper toute la cavité buccale; la bouche étant ouverte il est difficile de passer un doigt entre sa face supérieure et la voûte palatine. A la palpation, la moitié droite de la langue est souple, de consistance normale, tandis que la moitié gauche paraît pleine, globuleuse; la douleur provoquée est très vive. Aucune fluctuation.

Le lendemain, 25 septembre, on intervient, persuadé de l'existence du pus, bien que l'examen ne fournisse aucune indication sur la localisation de la collection.

Sans anesthésie, à l'aide d'une pince de Kocher pointue dont on applique l'extrémité au niveau du bord gauche de la langue dans la région la plus tuméfiée, on ponctionne brusquement en

arrière et en dedans. On a nettement la sensation d'avoir pénétré dans une cavité et, en retirant la pince dont on écarte les branches, du pus bien lie, fétide, découle hors de la bouche.

Suites extrêmement simples. Le lendemain le malade est très amélioré, il a dormi et a pu prendre une alimentation solide. Le surlendemain 27 septembre, il se dit guéri quand, le 28 septembre, quelques symptômes réapparaissent, nouvelles douleurs, nouvelle augmentation légère du volume de la langue, si bien que le 29 septembre croyant à de la rétention on introduit de nouveau une pince dans le trajet, ce qui provoque effectivement l'écoulement de quelques gouttes de pus.

Le lendemain l'amélioration attendue ne s'est pas produite et la manœuvre pratiquée la veille ne ramène qu'un peu de sang. On pense à la formation d'un nouvel abcès.

Dans la nuit du 30 septembre au 1^{er} octobre, le malade crache une assez grande quantité de pus (au dire du malade, un demi-verre) et se sent immédiatement soulagé. A l'examen on se rend compte que le nouvel abcès s'est évacué spontanément par un orifice situé en arrière et en dehors de l'orifice opératoire.

Suites rapides et simples : disparition complète des symptômes; des nouvelles récentes apprennent qu'aucun phénomène nouveau ne s'est produit ultérieurement.

OBSERVATION XXXIV

(Due à l'obligeance de notre maître le D^r Henri Aboulker.)

B... M..., âgé de 64 ans, entre salle Ménière, le 6 février 1926, pour une tuméfaction douloureuse de la région sus-thyroïdienne, s'accompagnant de gêne de la déglutition.

Le début des accidents remonte aux derniers jours de janvier; à cette date le malade éprouvait une « sensation de gonflement » au niveau du pharynx. Depuis une huitaine de jours, la région sus-hyoïdienne est douloureuse à la pression et devient le siège d'une tuméfaction notable; en même temps la déglutition est pénible et l'élocution difficile. Ces phénomènes s'accompagnant de température et d'altération marquée de l'état général; le malade décide de se faire hospitaliser.

Dans les antécédents du malade, on ne relève, en dehors d'un éthylysme marqué, que des crises d'asthme greffées sur un emphysème déjà ancien.

Actuellement le malade, obèse, prostré, se présente comme un grand infecté : teint plombé, peau moite, subictère conjonctival, pouls régulier, mais petit, aux environs de 100. La température est de 38°2. La déglutition est impossible même pour les liquides. Le malade commence à respirer difficilement.

Localement on note au niveau du cou un empâtement de toute la région sus-hyoïdienne. La palpation difficile en raison de l'adiposité du sujet, ne décèle pas de fluctuation. La douleur est particulièrement nette sur la ligne médiane, elle s'atténue à mesure que l'on s'en éloigne. Les régions angulo-maxillaires paraissent également empâtées et douloureuses.

L'examen bucco-pharyngé est difficile en raison de la douleur accusée par la malade et du trismus qui l'accompagne, la langue est sale, revêtue d'un épais enduit saburral, il est *difficile de l'attirer hors de la bouche*. La portion mobile paraît saine. La plupart des dents sont absentes, les gencives et le plancher sont normaux. L'examen laryngoscopique est impossible en raison du trismus, de la sialorrhée profuse et de la difficulté qu'on éprouve à attirer la langue hors de la bouche.

On pense à une collection de l'espace thyro-glosso-épiglottique et on décide d'intervenir. Sous-anesthésie locale, on pratique une incision médiane partant du bord supérieur de l'os hyoïde. On écarte les muscles sus-hyoïdiens. Le stylet introduit par l'orifice ainsi créé va jusqu'à la base de la langue; cette manœuvre donne issue à un pus fétide, épais, jaunâtre, abondant (environ 130 cmc.) dans lequel l'examen bactériologique montre la présence de pneumocoques et de streptocoques.

Après évacuation de la collection, on note, en introduisant un doigt par l'orifice opératoire et un doigt par l'orifice buccal, que la base de la langue est transformée en une mince coque fibreuse. On loge un gros drain dans la cavité et on suture l'incision cutanée.

Dès le lendemain de l'intervention, l'état général est très amélioré, la déglutition possible. La langue est moins ficelée.

Trois jours après, la langue a retrouvé sa mobilité normale — l'alimentation est facile. L'examen laryngoscopique montre un larynx normal et un sillon glosso-épiglottique intact — on retire le drain.

Quinze jours après l'intervention, la cicatrisation de la plaie opératoire est à peu près achevée.

OBSERVATION XXXV

D^r Sudaka.

B... L..., âgé de 42 ans, exerçant la profession de plombier, présente le 9 novembre 1925, au décours d'une grippe légère, de violentes douleurs de gorge irradiées à l'oreille gauche. A ce moment, on ne constate qu'une douleur diffuse des amygdales. Nous notons toutefois une gingivite expulsive avec abondant dépôt de tartre surtout marqué au niveau du maxillaire inférieur. Pas de liséré de Burton.

Nous revoyons ce malade deux jours plus tard. Les douleurs se sont exagérées. La température monte. Par contre, peu de modifications locales. La douleur paraît se localiser à la base de la langue. La traction de cette dernière est pénible, mais permet toutefois un examen laryngoscopique aisé, le sillon glosso-épiglottique est libre; le larynx a conservé sa morphologie normale. Le toucher intra-buccal décèle un empâtement de la langue dans sa moitié gauche à l'union de ces deux portions et en regard de la 2^e grosse molaire. La région angulo-maxillaire gauche douloureuse est le siège d'une adénopathie importante.

Le 12 novembre, les phénomènes précédents persistent; de plus, la déglutition des solides est impossible, celle des liquides difficile. La phonation est également gênée. La tuméfaction de la langue est perceptible à la vue. La mobilité de l'organe est réduite et il est presque impossible de l'extraire hors des arcades dentaires.

Dans la nuit, crise dyspnéique prolongée qui vient aggraver une situation déjà alarmante; violents accès de fièvre précédée de frissons et suivis de transpiration, délire d'agitation.

Le 13, la langue emplit la bouche. L'examen laryngoscopique est impossible. Une ponction à l'aiguille de vétérinaire pratiquée sur le bord gauche de la langue à 1 cm. en avant du pilier antérieur de la cage amygdalienne ramène un pus épais, bien lié, couleur chocolat, fétide. Au point de ponction, on incise le bord de la langue sur une longueur de 1 cm. 1/2 et on évacue une collection de plus de 40 cmc. de pus. L'exploration de la cavité à la sonde cannelée en situe exactement

les limites, le raphé médian semble respecté, en arrière le stylet plonge vers la base de la langue sur un trajet de 6 cm. environ.

Malgré l'incision, les phénomènes septicémiques persistent, température oscillant entre 37°2 et 40°5, délire, teint plombé. L'état local est excellent, pas la moindre rétention. On présume une métastase que l'examen somatique ne décèle pas, lorsque brusquement, le 17 novembre, 4 jours après l'incision, la température tombe et le malade entre en convalescence.

OBSERVATION XXXVI

(D^r Sudaka, recueillié dans le Service du D^r Aboulker.)

X..., mécanicien à bord d'un vapeur effectuant la traversée Alger-Nantes, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 20 février 1925, pour une odynophagie absolue s'accompagnant de dyspnée importante.

Il est malade depuis six jours sans avoir pu recevoir aucun soin. Ce furent d'abord de simples maux de gorges irradiés aux oreilles avec température élevée. Puis apparut une tuméfaction de la langue qui alla augmentant, rendant la déglutition impossible même pour les liquides. Depuis vingt-quatre heures, dyspnée croissante.

Dès l'arrivée de son paquebot à Alger, il est dirigé sur l'hôpital. C'est au pavillon de garde que nous l'examinons. Il s'agit d'un solide gaillard profondément infecté, haute température, teint plombé, haleine fétide. La voix est voilée et nasonnée, la respiration difficile.

Un trismus marqué gêne l'examen. La langue fixée est le siège en son tiers moyen d'une tuméfaction qui atteint le volume d'un petit œuf de poule; cette tuméfaction est surtout marquée au niveau de la face dorsale et du bord gauche qui garde l'empreinte des dents voisines. Le plancher n'est que légèrement œdématié. En aucun point on ne perçoit de fluctuation. La bouche est emplie de salive que le malade ne peut ni déglutir, ni cracher. L'examen laryngoscopique est rendu impossible par le trismus et par le volume de la langue. Un toucher prudent est pratiqué, le sillon glosso-épiglottique est comblé, l'épiglotte est refoulée en bas et en arrière. Les aryténoïdes paraissent normaux.

En raison du trismus, on pratique une anesthésie générale légère au chlorure d'éthyle et, après mise en place d'un ouvre-bouche, on ponctionne au bistouri la tuméfaction. A l'aide d'une pince de Kocher, on effondre la coque de l'abcès et on évacue environ un demi-verre de pus fétide, couleur chocolat. Mise en place d'une mèche au peroxyde de zinc qu'on retire le lendemain.

Dès le premier pansement, la tuméfaction semble avoir complètement disparu. La langue est encore fixée, gênant l'examen laryngoscopique, mais la respiration est possible.

Lors des pansements ultérieurs, on explore la cavité qui se comble progressivement. Au huitième jour, la guérison est presque complète et le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXXVII

D^r Sudaka.

G. M..., pharmacien, âgé de 29 ans, vient nous consulter le 30 août 1926, pour une douleur assez vive qu'il situe nettement à la base de la langue et qui gêne considérablement la déglutition.

L'état général est peu sensiblement altéré, la température légère. La région sous-angulo-maxillaire est empâtée et douloureuse à la pression. Les amygdales palatines sont normales, par contre l'amygdale linguale est nettement hypertrophiée et rouge. Le sillon glosso-épiglottique est légèrement comblé.

Nous craignons le développement d'un phlegmon de la base de la langue et conseillons au malade de larges enveloppements humides et chauds et de grandes irrigations chaudes de la gorge.

Le lendemain, les phénomènes se sont exagérés. La température est plus élevée (38°8) et la tuméfaction de la base de la langue augmentée. Le toucher n'y décèle pas de fluctuation.

Nous continuons la même thérapeutique en y associant une injection de Propidon.

Les jours suivants, la situation s'améliore, les phénomènes s'amendent tandis que le sillon glosso-épiglottique se libère. Le 6 septembre, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XXXVIII (Inédite).

(Due à l'obligeance du D^r P. Sudaka.)

G. A..., 29 ans, est atteint de fréquentes angines. Au décours d'une amygdalite banale, vient nous consulter pour une dysphagie importante avec légère dyspnée.

Mauvais état général, faciès d'infecté, température à 39°7.

A l'examen de la gorge, amygdalite cryptique au déclin. La pression légère de l'abaisse-langue détermine de vives douleurs irradiées à l'oreille droite.

Au laryngoscope, ce qui frappe tout d'abord c'est une amygdalite linguale avec surélévation notable du sillon glosso-épiglottique; œdème marqué du larynx dans toute sa moitié droite. Protrusion de la langue très limitée et douloureuse.

Un traitement médical est institué (dont Propidon). Nous revoyons le malade le surlendemain : la tuméfaction s'est étendue en avant et est plus nettement latéralisée; sensation de fluctuation à la base de la langue. Le malade s'oppose à toute intervention malgré une dyspnée inquiétante. On continue les injections de Propidon.

Deux jours plus tard, le malade évacuait spontanément deux cuillerées à soupe de pus fétide par une fistule du sillon épiglottique.

Abcès à forme trainante pseudo-tumorale.

OBSERVATION XXXIX

(Gaillard, *S. N. de méd. et des S. M. Lyon*, 22 fév. 1928.)

Homme de 44 ans, souffrant depuis trois mois d'une gêne progressivement douloureuse à la déglutition, calmée par aucun traitement.

Depuis dix jours, douleurs intolérables empêchant toute alimentation. Elles siègent profondément dans la gorge, surtout du côté droit, et s'irradient vers l'oreille; les symptômes se sont

installés progressivement chez un homme à la mauvaise dentition et sujet aux angines. Il y a un mois et demi, lorsqu'il souffrait déjà beaucoup, il présenta une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite et dit avoir craché un peu de pus. Depuis trois mois, malgré un traitement de compresses, de gargarismes et de collutoires, il a maigri de 10 kilos.

Au premier aspect de cet homme de 44 ans, amaigri, au teint terreux, à la physionomie douloureuse et contractée, à la parole sourde et difficile, gênée encore davantage par la salivation abondante, je pensais à un épithéliome térébrant de la base de la langue ou du pharynx. A ma grande surprise aucune ulcération grosso-pharyngée. Les amygdales étaient grosses, chroniquement infectées, mais sans signe de suppuration péri ou intra-amygdalienne. Presque toutes les dents étaient réduites à l'état de chicots avec pyorrhée alvéolo-dentaire. La région sous-maxillaire droite me parut occupée par plusieurs ganglions un peu douloureux mais sans périadénite.

Ce qui frappait surtout c'était l'immobilité de la langue, son blocage complet et bilatéral. Aucune voussure apparente de l'organe, mais un doigt explorateur faisait sentir une induration profonde et très douloureuse de la moitié droite de la langue au niveau des molaires. Cette impression de masse dure, ligneuse, était rendue encore plus nette par un 2^e doigt au niveau du plancher sus-hyoïdien.

Il n'existait aucun trismus et la température du malade était de 37°.

Je pensais à l'existence d'un abcès enkysté profond de la langue et malgré deux ponctions exploratrices je ne pus avoir confirmation du diagnostic.

Le lendemain grâce à une grosse aiguille trocart enfoncée obliquement dans la langue par le sillon paralingual droit, je trouvais l'abcès à 2 cm. de profondeur. Je retirai environ 6 cmc. de pus malodorant mais non fétide spontanément puis par aspiration.

Le soulagement fut immédiat, le malade put s'alimenter et dormir le soir même. L'organe reprit vite sa mobilité habituelle et, quinze jours après la ponction, la guérison pouvait être considérée comme complète.

OBSERVATION XL

(Worms et Bercher, Obs. III, *Hémiglossite ligneuse*,
in *Presse médicale*, p. 973, 1922.)

Le gendarme J. E... entre au Val-de-Grâce le 11 sept. 1921 avec le diagnostic de néoplasme de la langue.

Ce sous-officier, célibataire de bonne santé habituelle sans antécédents spécifiques, a présenté, en avril 1921, un ptosis de la paupière supérieure droite survenu en deux jours sans cause apparente. Il fut traité jusqu'au mois d'août par des frictions mercurielles et sans résultat.

A la fin d'août il se développe une tuméfaction progressive s'étendant à toute la moitié droite de la langue sous forme d'une masse ferme à contours diffus sous-jacente à la muqueuse qui elle-même ne présente aucune modification apparente. Cette tumeur prend un aspect tel que malgré une réaction de Wassermann négative un traitement spécifique intense est institué sous forme d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. Ce traitement n'ayant donné aucun résultat, le malade est évacué sur le Val-de-Grâce.

Le 13 septembre, nous constatons l'existence de lésions buccales importantes. C'est d'abord la langue qui est figée en immobilité absolue. Toute la moitié droite est épaisse, dure, cartonnée, à peine douloureuse à la pression, alors que la moitié gauche a gardé sa souplesse et sa forme normales. Ensuite c'est le plancher de la bouche qui lui aussi est dur comme du bois dans toute sa moitié droite. C'est enfin une adénopathie sous-maxillaire également dure et peu douloureuse à la pression.

Les trois organes : langue, plancher buccal, région sous-maxillaire du côté droit soudés en un seul bloc et paraissent figés.

Du même côté encore on note de la stomatite avec quelques ulcérations sur le bord de la langue, sur la joue et au niveau d'un bourgeon muqueux recouvrant la dent de sagesse qui termine son évolution. Cet état engendre une gêne presque absolue de la déglutition et un amaigrissement considérable. Il n'y a pas d'élévation de la température. Tous ces symptômes éveillaient l'idée soit d'un néoplasme, soit celle de tumeur in-

flammatoire; l'évolution de l'affection, le jeune âge du sujet ne s'inscrivaient pas contre le diagnostic d'épithélioma interstitiel à forme infiltrante et tel avait été l'avis des chirurgiens consultants.

Or le 17 septembre, nous avons l'heureuse surprise de trouver notre malade très amélioré. La langue diminuée de volume avait retrouvé une partie de sa mobilité. L'adénite sous-maxillaire devenait isolable. Il paraissait dès lors certain qu'il s'agissait bien d'une affection purement inflammatoire de la langue et du plancher de la bouche. Il ne restait plus qu'à trouver l'origine de cette infection.

Ainsi que nous l'avons noté, la dent de sagesse terminait son évolution; il subsistait en arrière d'elle un cul-de-sac muqueux suppurant, très douloureux à la pression. Pensant que l'origine des accidents pouvait se trouver dans ce capuchon infecté, le 19 septembre, sous-anesthésie tronculaire du nerf Di, nous procédons à l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite, suivie de lavage antiseptique.

Les lavages sont continués et l'amélioration se poursuit rapidement.

Le 23 septembre, il n'y a plus d'adénite, le plancher de la bouche est devenu souple, seule la pointe de la langue est déviée vers la droite.

L'état général s'améliore parallèlement; le 3 octobre, la guérison peut être considérée comme complète.

Le ptosis est guéri par l'électricité et au début de novembre le sous-officier quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION XLI

Kendirjy et Lapouge (*Glossite parenchymateuse sans pus. Archives internationales de laryngologie*, 1923, p. 326.)

Homme de 45 ans, sans antécédents pathologiques notables, présente, au milieu de juillet 1922, de légers troubles dysphagiques et une température de 38°. Le médecin traitant constate une simple rougeur des piliers et des amygdales et prescrit un traitement médical qui a vite raison de ces phénomènes en quatre ou cinq jours.

Mais la semaine suivante, les troubles dysphagiques réap-

paraissent plus violents et s'accompagnant de dysarthrie. Le malade accuse une gêne marquée dans les mouvements de la langue.

Appelés en consultation nous trouvons un malade amaigri, pâle et févreux. Sa parole est difficile, sa voix amygdalienne et nasonnée. Il salive abondamment et garde la bouche entr'ouverte, avale péniblement, marquant les différents temps de la déglutition.

A l'examen, cou non augmenté de volume et indolore, crépitation laryngée conservée. La région sous-maxillaire est le siège d'un empâtément de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Un ganglion sous-angulo-maxillaire douloureux roule sous le doigt.

Léger trismus. La langue est pileuse et globuleuse, mouvements limités dans toutes ses directions et surtout en avant. La pointe dépasse difficilement les arcades dentaires, elle est déviée à droite, présentant ainsi le signe de l'amarre de Sebileau retrouvé généralement dans les néoplasies malignes. L'abaisse-langue déprime facilement l'hémilangue gauche et découvre la région amygdalienne homolatérale qui ne présente d'ailleurs rien de particulier. La partie droite au contraire résiste à une pression soutenue de l'instrument et marque presque toute la région amygdalienne du même côté. Le voile est normal ainsi que la paroi pharyngée postérieure et le nasopharynx. Denture défectueuse. Une pyorrhée alvéolo-dentaire généralisée ébranle les dents et rend l'haleine fétide. A la palpation, la langue est douloureuse dans toute sa masse mais surtout en arrière et à droite, où l'on constate un noyau très induré du volume d'une noix siégeant en plein parenchyme. La face inférieure droite de la langue et le plancher adjacent sont également indurés et douloureux à la pression. La palpation endobuccale permet de localiser très nettement la zone empâtée du plancher à la région de la glande sublinguale.

A l'examen laryngoscopique, l'amygdale linguale est rouge et légèrement tuméfiée, de même le repli aryéno-épiglottique droit. L'épiglotte est normale ainsi que l'exo et le lëndolarynx.

Devant l'absence de phénomènes laryngés et de fluctuation dans la zone empâtée, on prescrit des pansements humides chauds. La nuit est bonne. Le lendemain le malade peut parler et avaler des aliments solides. Trois jours après, très brusquement, le matin au réveil, la dysphagie violente réapparaît

avec de légers troubles dyspnéiques et sans température. Constata-tions de l'œdème de l'épiglotte, alors décidons d'intervenir.

Le 16 août 1922, incision de découverte de l'artère linguale, dissociation de l'hypoglosse.

Rien dans le tissu cellulaire sous-jacent. Des ponctions au bistouri et à la seconde cannelée dans la masse indurée de la base de la langue ne ramènent pas de pus mais du sang en abondance. Drainage avec une mèche de gaze. Pansement humide. Le lendemain le malade se sent mieux.

Disparition de l'œdème de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. La base de la langue est moins globuleuse et le noyau induré moins étendu, le plancher paraît plus souple. Mais, cinq à six jours après, l'amélioration progressive est lente, s'arrête, et on constate toujours la plaque cartilagineuse du plancher et de la face inférieure de la langue. Celle-ci est encore limitée dans ses mouvements. Nous pensons à des adhérences post-opératoires. L'état reste stationnaire, toujours la même induration et quelques douleurs irradiées dans l'oreille droite qui ne sont pas sans nous inquiéter. Pour écarter la syphilis nous faisons faire un Wassermann qui est négatif.

L'un de nous, pensant à la persistance d'un noyau purulent central avec inflammation périphérique, pratique, sans succès, douze ponctions exploratrices au cœur même de la masse indurée. Il ne sort que du sang. Pas de pus, pas même de sérosité

Devant cette plaque cartilagineuse, cette immobilisation partielle de la langue qui tend à s'éterniser et ce mauvais état général, nous pensons au néoplasme, mais avant de faire une prise pour biopsie, nous décidons d'attendre tout en surveillant le malade. Celui-ci vient nous revoir au bout d'un mois presque guéri. Il parle et s'alimente comme autrefois. Son état général est bon (reprise de 9 kgr. 500). Il reste néanmoins un petit noyau induré au niveau du plancher, noyau vraisemblablement responsable de la déviation à droite que présente encore la langue lorsque le malade la tire.

Observations diverses.

OBSERVATION XLII (résumée).

(Lewis, *Glossite angio-neurotique*.
New York Medical Journal, 9 octobre 1898.)

Chez une femme de 48 ans apparut brusquement, après une cautérisation du conduit auditif externe, une tuméfaction si considérable de la langue qu'au bout de deux heures elle ne pouvait plus fermer la bouche. La suffocation était si inquiétante que la trachéotomie faillit s'imposer.

OBSERVATION XLIII

(*Hémorragie intra-linguale chez un hémophile*.
Presse Médicale, 12 avril 1923, p. 666, n° 32;

H. Paillard et P. Fayolle, *Le Centre Médical*, 1^{er} mars 1923.)

Un garçon de 16 ans, cultivateur, est sujet, depuis l'âge de 3 ans, à des hémorragies variées, épitaxis ou saignements gingivaux. Une sœur de la mère de ce garçon a eu trois garçons, tous morts d'hémorragies à type hémophile, deux filles bien portantes.

Au milieu de la nuit, sans cause apparente, apparition d'une tuméfaction du plancher de la bouche et de la langue qui augmente considérablement de volume et se mobilise difficilement à l'intérieur de la bouche.

Le deuxième jour de la maladie, la langue, très tuméfiée, noire comme du boudin, projetée en avant hors des arcades dentaires, remplit toute la bouche. La tuméfaction du plancher de la bouche est dure, ligneuse et rappelle celle de l'angine de Ludwig.

On ne constate aucune autre hémorragie.

Les auteurs pratiquent une injection de sang frais (10 cmc.) prélevé à la veine d'un oncle du malade, homme robuste et en pleine santé.

Dès ce jour, régression rapide de la tuméfaction, guérison en trois jours.

OBSERVATION XLIV

(Mygind, *Glossite aiguë hémorragique*

(Hémorragie intralinguale).

Zentralblatt für chirurgie, 1889, n° 52.)

Homme de 45 ans, alcoolique, fut pris subitement de malaise général, de frissons et de perte de l'appétit. Quelques heures après, il éprouva des douleurs dans la langue et remarqua en même temps une forte tuméfaction de celle-ci. Il y eut des vomissements contenant un peu de sang. La tuméfaction de la langue alla en augmentant de plus en plus. Bientôt le malade ne put ni parler ni avaler.

A l'examen, huit heures après le début, il y avait une tuméfaction considérable de la langue, surtout du côté droit. Les deux arcades dentaires étaient séparées l'une de l'autre. La coloration de la langue est d'un bleu noirâtre, mais elle ne s'étend pas à tout l'organe car une zone marginale de un centimètre et le sillon médian ont conservé l'aspect normal.

En considérant plus attentivement la surface de la langue, on voit que la partie colorée n'a pas une teinte uniformément régulière, mais que des bandes étroites d'une coloration plus intense alternent avec des bandes claires. Quand on fait le raclage de l'épithélium sur les parties noirâtres, celles-ci perdent complètement leur teinte.

La surface de la langue offre une apparence ecchymotique. Il n'y a pas de limites entre les deux colorations. Le pharynx et les fosses nasales avaient leur aspect normal. Les glandes sous-maxillaires étaient également indemnes. Urines légèrement albumineuses.

La maladie fut compliquée de delirium tremens le troisième jour. Aux quatrième et cinquième jours, l'état du malade s'améliora et au bout d'une semaine, la tuméfaction avait disparu. Mais la coloration violacée ne s'effaça qu'au quatorzième jour.

OBSERVATION XLV

Bazy (*Glossite aiguë. Ulcération de l'artère linguale. Mort.*)

Un homme de 30 ans, se sentant pris de douleurs insolites dans la région buccale et de mouvements pénibles de la langue entre à l'hôpital.

La cavité buccale était d'un rouge vif et l'on remarquait en avant de la langue aux environs du filet, un enduit blanc grisâtre adhérent. En même temps existait un gonflement considérable du cou avec sensation de chaleur.

L'état général et local s'amélioraient sensiblement quand un jour, au moment où on y songeait le moins, il mourut brusquement.

A l'autopsie, il existait entre les lèvres de l'orifice supérieur du larynx et du sang en abondance dans la trachée. Une injection poussée par l'artère linguale droite ressortait par un foyer hémorragique médian situé dans l'épaisseur du génio-glosse. C'était évidemment là la cause de la mort.

OBSERVATION XLVI

Bœckel (*Nouveau procédé de débridement des abcès profonds de la base de la langue dans la glossite phlegmoneuse. Gazette médicale de Strasbourg, 1884, p. 132.*)

Chloroformisation. Incision transversale de 6 cm. sur la partie latérale droite de la région sus-hyoïdienne comprenant la peau et le peaucier. Section parallèle du muscle mylo-hyoïdien, forcipressure de deux artérioles musculaires. Glissant alors une sonde cannelée dans l'angle externe de la plaie, je déchire une enveloppe et aussitôt un flot de pus crémeux, bien lié, non fétide, mêlé à une petite quantité de sang noirâtre, jaillit au dehors.

OBSERVATION XLVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Halphen,
Otorhinolaryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis.
Abcès de la langue guéri par le bactériophage de d'Hérelle.)

Une femme de 32 ans, entre à l'hôpital avec une forte température et des phénomènes dyspnéiques alarmants. Depuis quelques jours, cette femme souffre d'une angine aiguë et de douleurs dans la région hyoïdienne avec dysphagie marquée.

A l'examen, rendu très difficile par la sensibilité de la langue, on note un gonflement dur, douloureux, tendu, de la partie médiane de la base de la langue, s'étendant sur la face antérieure de l'épiglotte.

Impossibilité de tirer la langue hors de la bouche. Injection immédiate de 3 cmc. de bacté-staphyphage autour de la région enflammée. Cinq autres centimètres cubes sont injectés sous la peau. Autro-hémothérapie avec 10 cmc. de sang.

Le lendemain grosse amélioration, baisse de la température. On recommence le même traitement le troisième jour.

Le lendemain la malade se sent tout à fait bien et n'a plus de température. Disparition complète de la dysphagie et de la dyspnée du début qui faisait craindre l'éventualité d'une trachéotomie.

CONCLUSIONS

Les abcès de la langue comprennent les collections purulentes survenues au cours d'un épisode aigu dans l'épaisseur du corps de la langue.

Nous les distinguerons en abcès de la pointe siégeant dans le tissu musculaire de la pointe de la langue et en abcès ou phlegmons de la base qui siègent dans les interstices cellulaires de la base de la langue.

Les premiers sont d'origine traumatique par blessure de l'organe soit par un agent extérieur de nature très variable, soit par une aspérité dentaire.

La riche défense lymphatique et la vascularisation de l'organe expliquent leur rareté et ils doivent pour être produits profiter d'une recrudescence de la virulence des nombreux microbes saprophytes de la bouche ou d'une faiblesse passagère ou constitutionnelle de l'organisme.

Les phlegmons de la base surviennent le plus souvent à la suite d'infections aiguës du voisinage (angines) ou à la suite de maladies graves et anergisantes. Ils apparaissent au début de la maladie (scarlatine) et d'autres fois au décours (variole). Ils peuvent plus rarement compliquer un abcès de la pointe. Dans l'ensemble ils apparaissent comme produits par la propagation lymphatique d'une lésion de voisinage.

Tous les microbes banaux de la suppuration ont été retrouvés dans le pus de ces collections. Leur symptomatologie est bruyante, quelquefois dramatique à cause des

troubles fonctionnels (dysphagie, dyspnée, douleur) qui s'installent rapidement. Le signe capital qui les fait distinguer des lésions du plancher de la bouche et des autres lésions suppurées du voisinage est la perte de la protusion de la langue, c'est-à-dire de la faculté pour le malade de tirer la langue hors de la bouche.

Cette immobilisation de la langue fixée par l'inflammation aiguë suffit pour faire le diagnostic. Le traitement de choix est l'incision par les voies naturelles. Une ponction exploratrice précise le siège de la collection, une boutonnière au bistouri sur la muqueuse anesthésiée par badigeonnage livre passage à une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon qui va au-devant de la collection et qui, retirée ouverte, livre facilement passage au pus.

Une mèche de gaze maintient les lèvres de la plaie ouverte pendant quarante-huit heures. Les mouvements de la langue revenus très vite facilitent le drainage. La guérison en quatre ou cinq jours est la règle.

La vaccinothérapie, encore qu'elle n'ait pas été employée systématiquement semble donner de bons résultats.

Vu : le Président de thèse,
LEMAITRE.

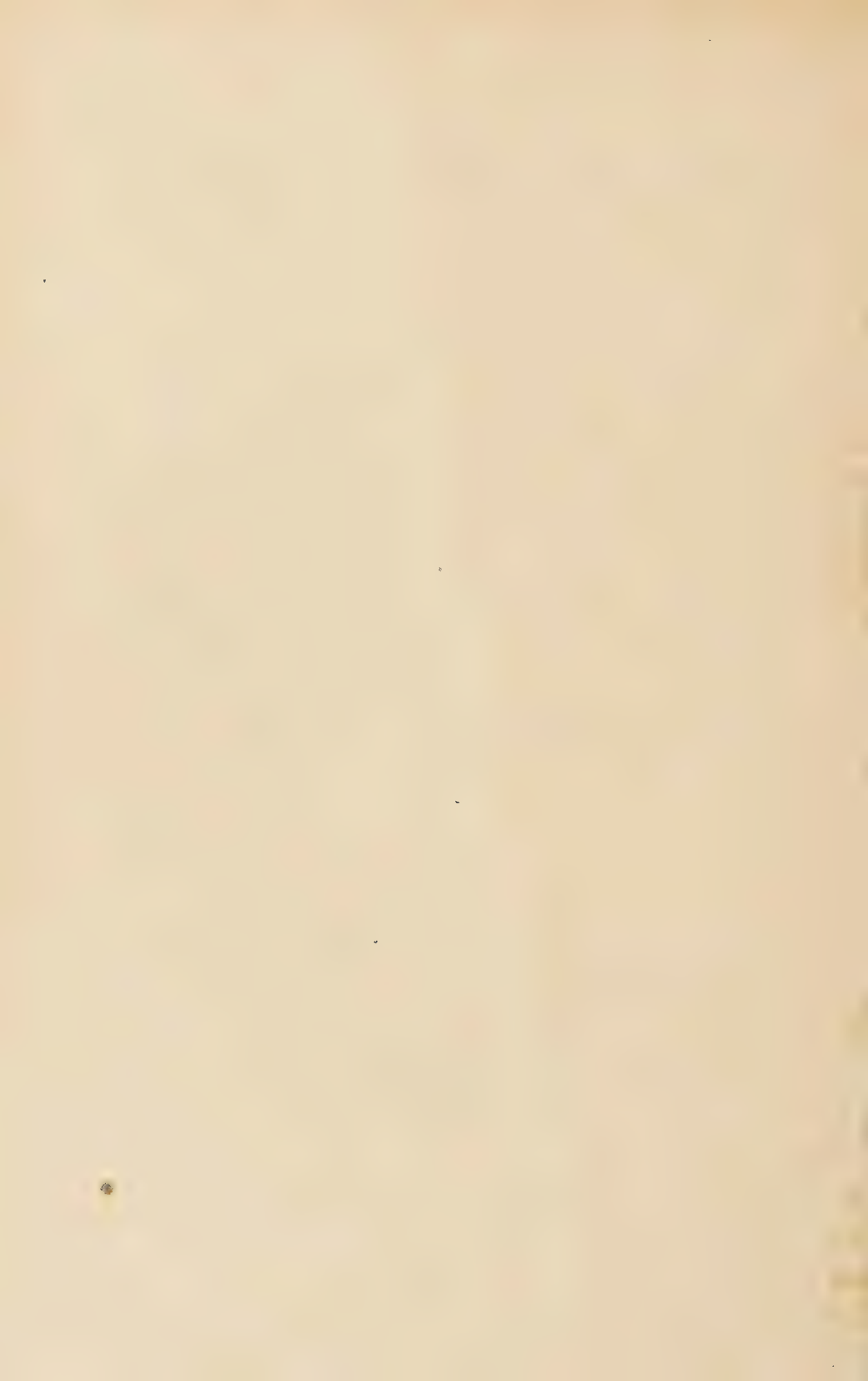
Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.



BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Plusieurs observations dues à l'obligeance de notre maître, le Dr Henri Aboulker.
- AJCARDI. — Dissertatio de glossitide. Thèse Gênes, 1810, in Thèse Delaporte.
- ARÉTEE. — Livre I, chapitre III.
- BAILLEUX. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1840, n° 132.
- BARBIER. — Voir Dunet, Barbier et Pouget.
- BAZY. — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1873, volume 74.
- BÉRARD et DENONVILLIERS. — *Compendium de Chirurgie*, tome III, section III.
- BERCHER. — Voir Worms et Bercher.
- BIANCHI. — *Gazette italienne des hôpitaux*, 1883.
- BIDART MALBRAN. — *Semana medical*, Buenos Ayres, 23 mai 1929.
- BODIN. — Cité par Dunet et Michon.
- BÖCKEL. — *Mémoires de la Société de Médecine de Strasbourg*, 1884.
- BOJENSKY. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1874, n° 445.
- BOUILLAUD. — *Nosographie médicale*.
- BOUISSON. — Dictionnaire Dechambre, 1868, article Langue.
- BOURQUET. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1880, p. 457.
- BOUSSUT. — Thérapeutique de la glossite aiguë suffocante chez les enfants. *Paris médical*, 1879.
- BOUSQUET. — Voir Sabrazès et Bousquet et Sabrazès, Bousquet et Parsat.
- BRESCHET et FINOT. — Dictionnaire des Sciences médicales, 1817, tome XVIII.
- BRIERE DE BOISMONT. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie*, 1827.
- BRISSAUD, PINARD et RECLUS. — *Pratique médico-chirurgicale*, 1907.
- BROCA. — In *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus.



ERRATA

Page 16, ligne 4 :

lire : S'il est des points que nous n'avons pu

Page 35, ligne 7 :

lire : extrêmement différencié.

Page 39, ligne 32 :

lire : rein contracté vu par

Page 40, ligne 7 :

lire : souvent observé garde

Page 43, dernière ligne :

lire : et ne pas gagner la profondeur.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Plusieurs observations dues à l'obligeance de notre maître, le Dr Henri Aboulker.
- AJCARDI. — Dissertatio de glossitide. Thèse Gênes, 1810, in Thèse Delaporte.
- ARÉTEE. — Livre I, chapitre III.
- BAILLEUX. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1840, n° 132.
- BARBIER. — Voir Dunet, Barbier et Pouget.
- BAZY. — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1873, volume 74.
- BÉRARD et DENONVILLIERS. — *Compendium de Chirurgie*, tome III, section III.
- BERCHER. — Voir Worms et Bercher.
- BIANCHI. — *Gazette italienne des hôpitaux*, 1883.
- BIDART MALBRAN. — *Semana medical*, Buenos Ayres, 23 mai 1929.
- BODIN. — Cité par Dunet et Michon.
- BÖCKEL. — *Mémoires de la Société de Médecine de Strasbourg*, 1884.
- BOJENSKY. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1874, n° 445.
- BOUILLAUD. — *Nosographie médicale*.
- BOUISSON. — Dictionnaire Dechambre, 1868, article Langue.
- BOURQUET. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1880, p. 457.
- BOUSSUT. — Thérapeutique de la glossite aiguë suffocante chez les enfants. *Paris médical*, 1879.
- BOUSQUET. — Voir Sabrazès et Bousquet et Sabrazès, Bousquet et Parsat.
- BRESCHET et FINOT. — Dictionnaire des Sciences médicales, 1817, tome XVIII.
- BRIERE DE BOISMONT. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie*, 1827.
- BRISSAUD, PINARD et RECLUS. — *Pratique médico-chirurgicale*, 1907.
- BROCA. — In *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus.

- BROUSSE et BRAULT. — *Revue de Chirurgie*, 1893.
- BRUNK. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1908, n° 23.
- BUTLIN. — Cité par Bouisson, Dictionnaire Dechambre, 1868.
- CASTEX. — *Gazette des hôpitaux*, 1862.
- CAULIER. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1885, n° 113.
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration*, tome II. page 162.
- COLLIN. — *Irish hospital Gazette*, 15 novembre 1873.
- COMBIER et MURARD. — *Presse médicale*, 1922, page 798.
- CORLIEU. — *Gazette des hôpitaux*, 1854, page 606.
- CRAIGIE. — *Edinbourg Medical and Surgical Journal*, 1834.
- CUVILLIER et QUIRIN. — *Archives internatinales de Laryngologie*, 1923.
- DAIREAUX. — De l'abcès rétrolingual. Thèse Lyon, 1897.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire médical en cent volumes.
- DELACOUR. — *Journal universel des Sciences médicales*. Paris, 1824.
- DE LA MALLE. — Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, 1732.
- DELANNOY. — Archives internationales de laryngologie, 1923.
- DELAPORTE. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1817, n° 46.
- DEMARQUAY. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. 1875.
- DÉVÉ. — *Normandie médicale*, 1906.
- DONOVAN. — *Semana medical*. Buenos Ayres, 23 mai 1929.
- DOLBEAU. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1818, n° 22.
- DUNET, BARBIER et POUGET. — *Presse médicale*, 2 mars 1927.
- DUNET et MICHON. — *Revue de Chirurgie*, 1927.
- DUPAS. — *Journal de Médecine de l'Ouest*. Nantes, 1878, page 16.
- DUPERRIER. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1907, n° 207.
- DUPUYTREN. — In These Dolbeau.
- EEMAN. — Société bruxelloise d'O. R. L., 29 novembre 1925.
- ESCAT. — *Gazette médicale de Toulouse*, 1905.
- FAYOLLE. — Voir Paillard et Fayolle.
- FIEUZAL. — *Gazette médicale de Paris*, 1876, page 584.
- FORESTIUS et BORELLI. — Cité par Bouisson in Dictionnaire Dechambre.
- FORMOREL. — *Union médicale*, 1864.
- FOURIER. — *Revue de clinique et thérapeutique*.
- FRANKE (Joseph). — In Thèse Delaporte.
- FRANKE (Pierre). — Cité par Breschet.
- GAILLARD. — Société nationale de Médecine et de Sciences naturelles de Lyon, 22 février 1928.

- GALLIARD. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 mai 1906.
- GALLIEN. — Cité par Delaporte.
- GANDY. — Société médicale des hôpitaux, 12 mai 1906.
- GAREL. — *Annales des maladies du larynx*, 1891, page 305.
- GAUTHIER (de Charolles). — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1880.
- GIRAUD. — *Annales de la Société de Médecine de la Loire*, 1861.
- GLOGAU. — *The Laryngoscope*, juillet 1922.
- GOODALE. — *Annals of Gynecology and Pediatrics*, mai 1899.
- GRAVES et BUTLIN. — Archives générales de Médecine, 1828.
- GRISOLLE. — *Traité de Médecine*.
- GUENAU DE MUSSY. — Archives générales de médecine. Paris, 1879.
- GUYOT. — Précis des travaux de la Société de Médecine de Dijon, 1833, page 152.
- HALPHEN. — Observation inédite d'un abcès de la langue guéri par le bactériophage de d'Herelle.
- HÉLARY. — *Annales des Maladies du Larynx*, 1892, page 931.
- HIPPOCRATE. — Traduction Littré, 1841, tome III, page 67.
- JO BA MERKEN. — Cité par Bouisson et de nombreux auteurs.
- KAUFMAN. — *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 7 novembre 1903.
- KENDIRJY et LAPOUGE. — Archives internationales de Laryngologie, mars 1923.
- KILIAN. — Cité par Tedenat.
- KIRMISSON. — Manuel de Pathologie externe.
- LABROUE. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1885, page 57.
- LANNOIS et GAILLARD. —
- LAPONGE. — Voir Kendirjy et Laponge.
- LAVERAN. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1885, page 61.
- LECÈNE et LÉRICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- LE DENTU. — *In* Thèse Thébaud.
- LENORMANT. — Précis de Pathologie externe.
- LEVESQUE. — Voir Tixier et Levesque.
- LEWIS. — *New-York medical Journal*, 9 octobre 1897.
- LOFFLER. — Article langue, Dictionnaire Dechambre 1877.
- LOUIS. — Mémoires Académie royale de Chirurgie.
- MAQUIN. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1878, page 352.
- MAISONNEUVE. — Thèse agrégation, 1848.

- MAITRE-ROBERT. — Contribution à l'étude des abcès de la langue.
Thèse Lyon, 1927.
- MAUREL. — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1890.
- MÉNÉGAUX. — Pratique médico-chirurgicale.
- MICHON. — Voir Dunet et Michon.
- MONSCOURT. — *Gazette des hôpitaux*, 21 mars 1903.
- MORESTIN. — *Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie*, 1911
— *In* Le Dentu et Delbet.
- MURARD. — Voir Combier et Murard.
- MYGIND. — *Zentralblatte für Chirurgie*, 1889, n° 52.
- PAILLARD et FAYOLLE. — *Presse médicale*.
- PARÉ (Ambroise). — 21^e livre des venins.
- PARSAT. — Voir Sabrazès, Bousquet et Parsat.
— De la macroglossite aiguë. Thèse Bordeaux, 1906.
- PARTSCH. — Cité par Lenormant.
- PELTIER. — *Progrès médical*, 1875.
- PETRIDIS. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie*, juillet
1923.
- PRINCETEAU. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1911.
- PRITCHARD (de Clifton). — Cité par Bouisson. Gangrène totale et
perte de la langue chez un malade atteint de scorbut puis
de typhus.
- POUGET. — Voir Dunet, Barbier et Pouget.
- QUAIR. — *Medical Press*, 1855.
- QUIRIN. — Voir Cuvillier et Quirin.
- REJOWSKI. — Thèse Paris, 1877.
- RECLUS, KIRMISSON, BOUILLY et PAROT. — *Traité de Pathologie
externe*.
- RENDU. — *France médicale*, 1892.
- RIMAUD. — *Annales des Maladies de l'Oreille*, avril 1927, page 373.
- ROUVIÈRE. — Les lymphatiques, 1932.
- SAËNZ. — Contribution à l'étude de la glossite profonde aiguë. Thèse
Montpellier, 1906.
- SALIGUE. — Des œdèmes aigus, localisés, multiples et transitoires.
Thèse Bordeaux, 1904.
- SABRAZÈS et BOUSQUET. — *Presse médicale*, 1899, p. 300.
- SABRAZÈS, BONNET et PARSAT. — *Presse médicale*, 1906.
- SAINTON. — Société médicale des hôpitaux, 12 mai 1916.
- SAUGUÉ. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1818, n° 197.
- SANTI. — *Policlinico Sezione Pratica*, 6 mai 1929.
- SCHREIBER. — *Paris médical*, 1918, page 299.

- SOUBEYRAN. — *Montpellier médical*, 1902 et *passim*.
SUDAKA. — Les abcès de la langue. Communication au Congrès pour l'avancement des Sciences in *Algérie médicale*, décembre 1927.
TAPIE. — *Revue médicale de Toulouse*, 1889, page 161.
TEDENAT. — *Progrès médical*, 1926, page 235.
THÉBAUD. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë. Thèse Paris, 1894, n° 318.
THIBIERGE. — *France médicale*, 1882.
TIXIER et LEYESQUE. — *Annales des Maladies de l'oreille*, mai 1923.
VANDEVERE. — Abcès de la langue consécutif à la grippe. *South-western médical*, mai 1929.
VELPEAU. — In Thèse Bojensky.
VIGUIER. — Cité par Yver.
VIDAL. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie*, 1854, page 260.
VIOLLAUD. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1815, n° 127.
WORMS et BERCHER. — *Presse médicale*, 11 novembre 1922, page 973.
YVES. — *Archives de Médecine et de Pharmacie navales*, 1926, page 111.
ZACUTUS LUSITANUS. — Livre I, observation 48, cité par Breschet et Finot.
ZAZOWSKI. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1844.

